Rok XLI. Kraków, 1. Lutego 1902. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag w sprawie postępowania przeciw- i bezgnilnego w położnictwie.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

W postępowaniu przeciw- i bezgnilnem posiadamy najznakomitszy środek zapobiegania gorączce połogowej.

Z powodu jednak różnic w zapatrywaniach i sprzeczności, jakie tkwią w wynikach badań bakteryologicznych w zastosowaniu ich klinicznem, nie udało się dotychczas dojść do porozumienia co do wszystkich zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego w położnictwie.

Wyniki sprawozdań i rozpraw, przeprowadzonych na Zjeździe ginekologów niemieckich w Berlinie 1899 r., tudzież w sekcyi położniczo-ginekologicznej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r., oparte na olbrzymiej liczbie prac, zajmujących się tą sprawą, nie wyświetliły jeszcze niektórych wątpliwości co do postępowania przeciw- i bezgnilnego, związanego tak ściśle z zapobieganiem gorączce połogowej.

Jakkolwiek wyniki badania bakteryologicznego wywarły niezmierny wpływ na znakomity postęp w położnictwie, to jednak nie tłómaczą one wszystkich nader zawikłanych czynników i dopiero skombinowane z doświadczeniem klinicznem, dozwalają nam się zbliżyć do prawdy, której szukamy. W położnictwie bowiem są odrębne warunki i jeszcze trudniej niż w chirurgii dają się zastosować wyniki badania bakteryologicznego do postępowania klinicznego. Dla przykładu podnoszę, że wszystkie dotychczas znane i używane sposoby uzyskiwania wydzieliny pochwy i macicy w celu badania bakteryologicznego nie dają bezwzględnego zabezpieczenia przeciw zanieczyszczeniu drobnoustrojami, znajdującymi się na częściach rodnych zewnętrznych.

Najważniejszem ze wszystkich musi nam się wydać pytanie, jak należy postępować podczas porodu, by zabezpieczyć szczęśliwy przebieg porodu i połogu?

Nie jest moim zamiarem odpowiedzieć szczegółowo na to pytanie, gdyż musiałbym powtórzyć z malemi odmianami to, co zawierają cenne prace: Saengera i Odenthala, Tarniera, Strassmanna i Bylickiego, tudzież Bumma, Doederleina, Kroeniga, Mengego, Hegara, Leopolda, J. Veita, Hofmeiera, Marsa, Mermanna, Steffeka i wielu innych; więc ograniczę się do omówienia kilku zagadnień, które, jako jeszcze niezupełnie wyświecone, przedewszystkiem nas zajmują.

Aseptyka rąk. Z wyjątkiem Ahlfelda, który jeszcze dzisiaj wierzy stanowczo w możność doszczętnego wyjałowienia rąk zapomocą alkoholu, choćby takowe były przedtem zakażone istotami septycznemi i na tem opiera swoje przekonanie o częstości samozakażenia, wszyscy niemal chirurdzy i ginekologowie przyjmują dziś jako pewnik, że skórę rąk można tylko do pewnego stopnia wyjałowić. Wykazali to niezbicie Kroenig, Bumm, Doederlein Küstner i inni. Doederlein wykazał, że nawet bezgorączkowo gojące się rany zawierają drobnostroje, a im dłużej trwa operacya, tem więcej drobnoustrojów znajdujemy w polu operacyjnem. W ciągu operacyi wydostają się drobnoustroje z głębszych warstw skóry rąk i pola operacyjnego na zewnątrz i zanieczyszczają ranę. Dlatego wskazanem jest podczas operacyi częste opłókiwanie rąk w płynie przeciwgnilnym i pokrywanie pola operacyjnego okładami wyjałowionymi, zamaczanymi w płynie przeciwgnilnym.

Co się tyczy mycia rąk, należy podnieść, że jako *minimum* potrzebnego czasu na mechaniczne oczyszczenie rąk i przedramion przyjmujemy 10 minut. Podnoszę ten szczegół, ponieważ przepisy mycia rąk zadowalniają się w ogóle krótszym czasem. Mycie rąk daje się przeprowadzić najskuteczniej za pomocą szczotki, która powinna być zawsze przed użyciem wygotowana i przez cały czas porodu przechowana w rozczynie 1‰ sublimatu. Wióry, którymi nie można tak dokładnie jak szczotką oczyścić wszystkich zagłębień, zwłaszcza około paznogci, mają natomiast zaletę taniości tak, że do każdorazowego mycia można użyć świeżego zwitka wiórów.

Każdy położnik powinien mieć także wśród swoich przyborów choćby mały zapas wyskoku mydlanego *(spiritus saponatus kalinus)*, który przewyższa co do skuteczności wszystkie inne rodzaje mydła (Mikulicz).

Najdzielniejszym ze wszystkich dotychczas znanych i używanych środków przeciwgnilnych jest niezawodnie sublimat. Hoegler wykazał, że sublimat wchodzi z białkiem naskórka w trudno rozpuszczalne połączenie, które działa zabójczo na drobnoustroje i nie daje się zmyć ze skóry rąk nawet zapomocą dłuższego mycia wodą lub alkoholem. Podobnie przekonał się także Bumm, że najmniejsza ilość sublimatu wstrzymuje, lub co najmniej opóźnia rozrost drobnoustrojów. Ponieważ jednak sublimat jest silnie trującym, więc tam zwłaszcza, gdzie położnik jest zmuszony używać go przez czas dłuższy, dobrze jest opłókiwać ręce po sublimacie w 1—2% rozczynie lysolu lub lysoformu, które to rozczyny nadają się szczególnie do celów położniczych, gdyż robią ręce ślizkiemi, a używanie waseliny lub innego tłuszczu zbytecznem.

Nie ulega wątpliwości, że jeżeli użyjemy w dodatku eteru i alkoholu, wyjałowimy tem pewniej ręce; kto jednak poświęci 10 minut na mycie rąk ciepłą wodą, wyskokiem

mydlanym i szczotką, a potem zanurzy ręce na 5 minut w 1‰ rozczynie sublimatu, ten może przystąpić w ogóle z całym spokojem do każdego zabiegu położniczego pod warunkiem, że ręce nie uległy na krótki czas przedtem zanieczyszczeniu przez jakąkolwiek wydzielinę septyczną.

Wystrzeganie się więc zanieczyszczenia rąk, na które ginekolog jest bardzo często narażony, jest bardzo ważnym postulatem. Przy dostatecznej ostrożności można się często uchronić przed niem; jeżeli jednak ręce uległy zanieczyszczeniu, nie pozostaje nic innego, jak 24-godzinna abstynencya. Doświadczenia Doederleina i innych wykazały bowiem, że wszystkie dotychczas znane sposoby mycia i wyjałowienia rąk nie są w stanie wyjałowić rąk zakażonych. Jałowość rąk zakażonych daje się osiągnąć dopiero po dłuższym czasie, co do którego przyjmujemy 24 godzin jako *minimum* wymaganej abstynencyi. Ponieważ jednak lekarz nie zawsze może się uchylić od natychmiastowego niesienia pomocy, więc nieocenioną wartość posiadają dla niego w tych razach gumowe rękawiczki. Jakkolwiek jeszcze za kosztowne i nietrwałe, rękawiczki gumowe są doskonałem zabezpieczeniem rąk przed zakażeniem i dozwalają wykonywać zabiegi bez niebezpieczeństwa dla chorych, gdyby ręce przedtem zostały zakażone. Z tego powodu mają one wielką wartość jako ochrona przed zakażeniem, tudzież w razie niemożności przestrzegania abstynencyi po zakażeniu rąk.

Ograniczenie badania wewnętrznego. Już w epoce przedantyseptycznej zwrócił Jess (*De puerperarum morbis in instituto obstetricio Kiliensi observatis. Kiel 1866*) uwagę na zbawienność ograniczenia badania wewnętrznego. W ostatnich czasach szczególnie Hegar, Leopold i J. Veit dążyli do ograniczenia badania wewnętrznego, starając się równocześnie udoskonalić ile możności rozpoznanie za pomocą badania zewnętrznego. Dążenie to dzisiaj ogólnie przyjęte, jest niezawodnie słusznem i zabezpiecza najlepiej przed zawleczeniem drobnoustrojów z części rodnych zewnętrznych do pochwy i z pochwy do macicy. Tak samo racyonalną musimy nazwać radę Marsa (O zapobieganiu gorączce połogowej. Kraków 1901), który przestrzega przed wprowadzaniem palca do szyi macicy podczas badania, zwłaszcza w 1. okresie porodowym. Nie zawsze jednak potrafimy się dostatecznie zoryentować, badając palcem przez sklepienie pochwy, przez ścianę szyi lub dolnego odcinka macicy, tak samo, jak nie zawsze możemy się w ogóle obejść bez badania wewnętrznego, które nawet dla bardzo wprawnego specyalisty staje się nieraz w interesie dokładnego rozpoznania pożądanem, a nawet nieodzownem. Tem mniej może się obejść bez badania wewnętrznego lekarz praktyczny i akuszerka, nie mówiąc o jego konieczności w celach dydaktycznych. Dążymy zatem dzisiaj do jak największego wydoskonalenia badania zewnętrznego w tym celu, by ile możności ograniczyć potrzebę badania wewnętrznego, gdzie zaś to ostatnie staje się konieczne, przestrzegamy jak najściślej zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego tak co się tyczy rąk, jak i części rodnych zewnętrznych.

Czy przestrzykiwać pochwę podczas porodu i połogu płynami przeciwgnilnymi? Już w krótkim czasie po porodzie znaleźli Stroganoff, Krönig i Vahle liczne drobnoustroje w pochwie noworodków. Döderlein (*Das Scheidensekret. Leipzig 1892*) rozróżnia wydzielinę pochwy prawidłową i patologiczną. Wydzielina prawidłowa oddziaływa kwaśno, zawiera charakterystyczne prątki pochwowe (*bacillus vaginalis Döderlein*), czasem pleśniawki (*soor*), a tylko wyjątkowo saprofyty, nie zawiera zaś nigdy drobnoustrojów chorobotwórczych. Doederlein wykazał u 55·3% ciężarnych wydzielinę prawidłową, wśród których było 63·7% pierwiastek, a 38·6% wieloródek. Zatem wydzielina prawidłowa pochwy znajduje się prawie 2 razy częściej u pierwiastek, niż u wieloródek. Wydzielina patologiczna pochwy oddziaływa słabo kwaśno, obojętnie lub alkalicznie, jest w ogóle obfitszą, zawiera ciałka ropne, także saprofyty, niekiedy zaś gronkowce, łańcuszkowce i gonokoki. Szczególne znaczenie mają gonokoki, gdyż wywołują w szyi macicznej obfitą wydzielinę ropną, alkaliczną, która spływając do pochwy, ułatwia rozwój innych drobnoustrojów chorobotwórczych, wytwarzając dla nich korzystne warunki rozwoju. Dlatego wywołują gonokokki często gorączkę w połogu. Doederlein wykazał wydzielinę patologiczną u 44·6% ciężarnych, jednakowoż tylko u 9·2% ciężarnych znalazł łańcuszkowce chorobotwórcze, które wstrzyknięte zwierzętom, wywołały ciężkie objawy zatrucia i dały się z ropy zwierzęcia klasycznie hodować.

Podczas miesiączki i w pierwszych dniach połogu zmienia się flora pochwy, gdyż krew, spływając obficie z macicy, pozbawia wydzielinę pochwy oddziaływania kwaśnego i jest dobrą pożywką dla rozwoju drobnoustrojów. To też Doederlein wykazywał regularnie u położnic już 3—4 dnia po porodzie ubytek prątków (*bac. vag. Doederleini*), natomiast obfite saprofyty, jakkolwiek wydzielina tych samych położnic, badana podczas ciąży, była zupełnie prawidłowa.

Dla etyologii gorączki połogowej najważniejszym drobnoustrojem jest łańcuszkowiec, gdyż wywołuje najcięższe postacie zakażenia. Badania Steffeka i Wintera wykazały w pochwie tylko 1 raz, względnie 2 razy łańcuszkowce, gronkowce zaś prawie w połowie badanych przypadków.

Menge i Kroenig (*Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie 1899 Bd. 9. Hft 6*) rozróżniają w wydzielinie pochwy kilka gatunków łańcuszkowców, których najwyraźniejszą różnicę stanowi zachowanie się wobec tlenu (*facultativ und obligat anaërobe Streptokokken*). Łańcuszkowce (*obligat anaërobe*) żyją często w pochwie jako saprofyty.

Bumm (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie VIII, 1899*) wątpi, czy łańcuszkowce, znajdowane w wydzielinie pochwy, są identyczne z chorobotwórczym łańcuszkowcem ropotwórczym, gdyż znacznie się różnią morfologicznie, a hodowle łańcuszkowców, uzyskanych z wydzieliny pochwy, wstrzyknięte podskórnie, okazują się tylko bardzo rzadko szkodliwymi. Ten sam łańcuszkowiec, który wywołuje ciężką posocznicę, sprowadza innym razem tylko zapalenie błony śluzowej macicy, które przechodzi po kilku dniach nawet bez leczenia. (Dok. nastąpi).

II. Zbyteczne a często szkodliwe przypalania po ukąszeniach.

Napisał

Prof. O. Bujwid.

Od czasu zastosowania metody Pasteura po ukąszeniach przez zwierzęta wścieklizną dotknięte — odsetek śmiertelności zmniejszył się u leczonych tą metodą do 0.2 — 0.4%.

Zaznaczyć należy, że jestto odsetek ogólny, wynikły z obliczenia ukąszeń w różne części ciała. Najszkodliwsze są ukąszenia w twarz i głowę, tych bywa najmniej około 5%, ogólnej liczby; ale śmiertelność z nich największa, gdyż wynosi około 60%. Ukąszenia w rękę są mniej niebezpieczne, liczba ich na sto przypadków wyniesie 20%. Ukąszeń w nogi bywa najwięcej, — można liczyć 75%; śmiertelność zaś z nich nie przenosi 1.5%.

Zestawiając te liczby, otrzymamy na 100 pokąsanych śmiertelność przeciętną 7%,

t. j. z ukąszonych w głowę	5%	śmiertelność	60	t. j.	3
w ręce	20	„	15	„	3
w nogi	75	„	1.5	„	1 (okrągło)
					7%.

Ponieważ zaś leczenie metodą Pasteura zmniejsza śmiertelność o 20 razy, — zatem odsetek umierających pomimo leczenia wyniesie 0.35%, — t. j. liczbę bliską wyżej podanej.

Liczba ta może się zwiększyć do 0·5, a nawet i wyżej, przeciętnie jednak nie dochodzi do 1%.

Jakąż jest korzyść przypalań po ukąszeniu? Nie będę w tej chwili przytaczał ani dawniej otrzymanych liczb statystycznych, ani innych dowodów, jakie przytaczają zwolennicy przypalań; zaznaczę tylko, że przypalania nigdy nie mogą tak głęboko sięgać do tkanki, jak sięgnie ją ostry ząb zwierzęcia.

Już z tego powodu należałoby uważać przypalania za bezskuteczne, gdyby nawet były one wykonane w tej chwili po ukąszeniu.

Gdy przyjmiemy na uwagę okoliczność, że przypalania wykonywane bywają najczęściej w kilka lub kilkanaście godzin po ukąszeniu, gdy zarazek może być już daleko od miejsca wprowadzenia, skuteczność przypalań będzie tem mniej prawdopodobną.

W każdym razie przypalania, ażeby były skuteczne, muszą być bardzo głębokie a zatem muszą zniszczyć możliwie głęboko części miękie, — nieraz aż do kości.

Gdyby w ten sposób stosować przypalania, to najtroskliwiej należałoby wypalać skaleczenia na twarzy, a więc niszczyć części miękie twarzy, skórę głowy i t. p. Nie robi się tego, gdyż mogłoby takie wypalenie stać się groźnem dla zdrowia, a nawet i życia.

Natomiast, gdy skaleczenie dotyczy ręki lub nogi, lekarz najczęściej wykonywa przypalanie, jakkolwiek jest ono niepotrzebne — ze względu na mniejsze niebezpieczeństwo ukąszenia, jak również ze względu na mającą być zastosowaną metodę Pasteura.

Liczne przypadki, spostrzegane przezemnie, dowodzą, że takie przypalania mogą sprowadzić ciężkie zaburzenia czynności mięśni, a nawet całych członków.

U jednego, ukąszonego w dwa palce ręki prawej widziałem zgorzel suchą całych palców skutkiem silnego przypalenia potażem żrącym. U innego spostrzegłem przykurczenie ramienia; u innych dwu — przykurczenie goleni skutkiem rozległego zniszczenia skóry przez przypalenie.

Codziennem również jest spostrzeganie obfitego i głębokiego zniszczenia tkanek, połączonego z długotrwałem ropieniem po oddzieleniu się obumarłych części skóry.

Łatwo zrozumieć, że człowiek zdrowy i silny, jakimi najczęściej bywają ludzie ukąszeni, traci na długi czas zdolność do pracy i zarobkowania.

Wobec stosować się mającej metody Pasteura, powtarzam, przypalania tak rozległe, że mogą grozić utratą zdolności do pracy, uważam wprost za zbyteczne i szkodliwe i zwracam się z usilną prośbą do pp. kolegów, ażeby starali się mieć tę okoliczność na względzie.

Najlepszym i najskuteczniejszym środkiem, nieniszczącym tkanek, a drążącym w głąb i niszczącym zarazek, jest zwykły nastój jodowy (tra jodi): tego możemy używać przy ukąszeniach, będąc pewni nietylko, że nie sprawimy szkody choremu, ale nawet że daleko pewniej oddziałamy na zarazek, który już głębiej do rany się dostał.

III. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

II. Za pomocą metody Döderleina operowałem 8 przypadków, które mi nastręczyły niektóre uwagi. Przypadki te podaję w streszczeniu:

I. *F. W.*, lat 65, wieloródka, operowana przed dwoma laty z powodu raka sutka prawego, — żali się na krwawienia z części rodnych, trwające od 4 miesięcy. Pochwa okazuje uwiąd starczy. Macica w ułożeniu prawidłowem, może nieco pojemniejsza, swobodnie ruchoma; na tylnej wardze części pochwowej guzek wielkości 2-halerzówki o powierzchni nierównej, owrzodziałej, łatwo krwawiący. Tkanka łączna przymaciczna *(parametrium)* wolna. Rozpoznano: *Carcinoma labii posterioris portionis vaginalis uteri.*

Operacyę rozpocząłem ściśle według opisu podanego przez Döderleina. Po przecięciu szyi macicy i otwarciu zatoki Douglasa, gdy nacięto tylną ścianę ciała macicy i chciano szczypczykami uchwycić ścianę macicy, aby ciało jej na zewnątrz wyprowadzić, tkanina poczęła się rwać, szczypczyki niedawały się zaczepić, a co więcej, przekonać się można było, że tylna ściana macicy jest poprzecznie przerwana, a ciało macicy trzyma się w połączeniu z szyjką tylko za pomocą przedniej nienaruszonej ściany. — Między tylną ścianą szyi a tylną ściany macicy powstał odstęp dość znaczny, gdyż ciało macicy, które na początku operacyi leżało w zatoce Douglasa w bardzo znacznem tyłopochyleniu, usunęło się ku górze ku jamie brzucha. Wyznać muszę, że całe to zajście było mi wielce niemiłe i dlatego, skoro należyte uchwycenie ciała macicy się nie udawało, przeszedłem z metody operacyjnej Döderleina do metody Doyena. W tylne sklepienie do jamy Douglasa wprowadziłem kawał gazy jodoformowej, obniżyłem część pochwową, okroiłem ją, oddzieliłem pęcherz moczowy, przeciąłem przednią ścianę szyi macicy, a następnie wyłoniłem ciało macicy przez przednie sklepienie. Zaopatrzenie więzów szerokich nie przedstawiało żadnych trudności. Przebieg pooperacyjny był niezamącony. Pacyentka po 3-ch tygodniach poszła zdrowa do domu.

Oglądając macicę przeciętą, przekonałem się, że tylna ściana szyi macicy była nowotworowo zmieniona i że zmiana sięgała nieco wyżej, aniżeliby to z badania przedmiotowego pierwotnego wnosić można było, gdyż guzek rakowy na tylnej wardze części pochwowej zdawał się być ograniczonym, a zmiana nowotworowa sięgała do połowy długości szyi macicy. Nadto na preparacie stwierdzono, że w tylnej ścianie ciała macicy leżały obok siebie trzy włókniaki wielkości od orzecha leszczynowego do tureckiego, które całą grubość ściany macicy zajmowały. Ściana macicy, otaczająca włókniaki, była zcieńczała i rwała się przy chwytaniu szczypczykami.

II. *M. H.*, lat 37, — 8 razy rodziła, od 2 miesięcy skarży się na znaczne bóle w podbrzuszu i w krzyżach, a nadto na obfite nieregularne krwawienia, połączone ze skrzepami. Przypady pęcherzowe. — Macica w ułożeniu prawidłowem, nieco większa, część pochwowa gruba,

wargi odwinięte, do szyi wprowadzić można palec. który wyczuwa chropowatość na przedniej ścianie szyi. Ruchomość macicy prawidłowa, około macicy żadnych nacieków wybadać nie można. Wyskrobano macicę w celu rozpoznawczym, a strzępki uzyskane, badane drobnowidowo, wykazały: *Carcinoma gelatinosum cervicis uteri.*

Operacyę wykonano zupełnie według opisu Döderleina bez najmniejszych trudności; po przecięciu macicy pęcherz był już odłuszczony. Na więzy szerokie założono kleszczyki. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. W 19 dni po operacyi poszła chora zdrowa do domu.

III. *F. S.*, 53 lat, wieloródka. Od roku cierpi na bóle w podbrzuszu i w krzyżach, od lat dwu zaś miewa obfite żółtawe i różowe odchody. Macica prawidłowo położona, w ciele grubsza, swobodnie ruchoma, koło macicy nacieków żadnych wykazać niemożna. W celu rozpoznania wyskrobano macicę, — a badanie strzępków wyskrobanych wykazało: *Carcinoma corporis uteri.*

Operacyę rozpoczęto ściśle według opisu podanego przez Döderleina. Po otwarciu zatoki Douglasa i nacięciu tylnej ściany macicy, gdy na przecięte brzegi chciano założyć szczypczyki, tkanina rwać się poczęła tak, że powtórzyła się znów historya takasama, jak w przypadku pierwszym, t. j. tylna ściana macicy poprzecznie się przerwała, tworząc szeroką szczelinę poprzeczną. W tym przypadku poradziłem sobie inaczej. Wprowadziłem wskazujący palec lewej ręki głęboko do zatoki Douglasa, zahaczyłem nim od dna ciało macicy i szczypczykami, wprowadzonemi po palcu, włożywszy jedno ramię do jamy macicy, wysoko uchwyciłem tylną jej ścianę, ściągnąłem ku dołowi i wyprowadziłem je do pochwy. Dalszy ciąg operacyi bez trudności. Pęcherz moczowy zastałem odłuszczony, zaopatrzenie więzów szerokich bardzo ułatwione. — Usunięto przydatki macicy. — Przebieg pooperacyjny niezamącony. 19-go dnia po operacyi poszła chora do domu.

IV. *I. S.*, lat 50 licząca, 11 razy rodziła. Żali się od 4 miesięcy na bolesne parcie na mocz, a nadto cierpi już od dłuższego czasu na bardzo obfite odchody wodniste. Na 3 palce nad spojeniem kości łonowych czuć w podbrzuszu guz, wychodzący z miednicy małej, o powierzchni gładkiej, z umiejscowienia i postaci odpowiadający powiększonej macicy. Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową grubą, krótką, przesuniętą ku spojeniu kości łonowych, z ujściem szparowatem, drożnem dla końca palca. Dalszy ciąg macicy wybadalny we wszystkich sklepieniach. Przy badaniu stwierdziłem, że macica jest wielkości odpowiadającej 4-mu miesiącowi księżycowemu ciąży, zbitsza, w ciele elastyczna, nieco tkliwa. Z szyi macicy wylewa się obficie ciecz bardzo wodnista i brudna.

W celach rozpoznawczych wyskrobano macicę, przyczem przekonano się łyżeczką, że w macicy znachodzi się guz duży na przedniej ścianie. Cząstki wyskrobane okazują: *endometritis glandularis hypertrophica.* Ze względu na obecność guza i nader obfite odchody, jak niemniej i dotkliwe bóle, postanowiono wyciąć macicę.

Operacyę rozpoczęto sposobem Döderleina. Po przecięciu tylnej ściany macicy odsłonił się w głębi włókniak. Ciało macicy było tak pojemne, że wyprowadzenie jego przedstawiało trudności, dlatego wycięto dwa kawałki guza, poczem macicę wytoczono przed części rodne. Aby się przekonać, w jakim stosunku pozostaje w obecnej chwili pęcherz moczowy do przedniej ściany szyi macicy, postanowiłem macicy dalej nie połowić, ale okroiłem część pochwową w przedniem i w bocznych sklepieniach, łącząc cięcie z nacięciami bocznemi w tylnem sklepieniu. Palcem, wprowadzonym na przednią ścianę szyi macicy, przekonałem się, że pęcherz moczowy prawie oddzielony usuwał się ku górze. Otworzyłem otrzewnę w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem i z łatwością zaopatrzyłem więzy szerokie kleszczykami. Guz w macicy wyjętej przedstawił się jako włókniak podśluzowy obumarły, osadzony szeroko w dnie macicy. Macica, przechowana wraz z wyciętymi z włókniaka kawałkami w rozczynie formaliny, waży razem 675 gramów, — sama macica 600 grm. Przebieg pooperacyjny nie zamącony. Chora wyszła w 24 dni po operacyi do domu.

V. *E. E.*, lat 39, wieloródka, zgłosiła się była do mnie jeszcze przed dwoma laty, cierpiąc na wypadnięcie macicy. Obok znacznego wydłużenia części pochwowej macicy, znalazłem w ciele macicy liczne włókniaki. Radziłem wycięcie macicy, na co pacyentka żadną miarą zgodzić się nie chciała. Odprowadziłem macicę do jamy brzucha i zastosowałem duży krążek Brauna. Blizko dwa lata czuła się chora znośnie, krążek usunęła przed kilku miesiącami i przekonała się, że macica już nie wypada, ale natomiast czuła guz powiększający się w podbrzuszu. Od kilku miesięcy pojawiły się krwotoki, z którymi się chora do mnie znowu zwróciła. Znalazłem macicę znacznie powiększoną, ciało macicy guzowate, sięgające dnem na 2—3 palców niżej pępka, utrzymujące się nad wchodem miednicy. Ze sromu nic nie wypada.

Na proponowaną ponownie operacyę pacyentka się zgodziła pod warunkiem, że operacya będzie przez pochwę dokonaną. — Przekonawszy się, że guz, acz z trudnością, daje się do wchodu miednicy wtłoczyć, postanowiłem operować od strony pochwy. Do zabiegu operacyjnego zabrałem się tak, jak do operacyi opisanej sposobem Döderleina. Ściągnąłem część pochwową uchwyconą szczypczykami ku dołowi i ku przodowi, nożyczkami przeciąłem tylną ścianę szyi macicy i otworzywszy zatokę Douglasa, naciąłem ją na boki. Wyznać muszę, iż zdumiony byłem łatwością, z jaką udało mi się ciało macicy ku dołowi ściągnąć, wydobyć kilka włókniaków i wytoczyć kolosalnych rozmiarów ciało macicy przed części rodne. — Po wytoczeniu macicy nie przecinałem jej już dalej, ale tak jak w poprzednim przypadku okroiłem część pochwową od przodu, łącząc cięcia z cięciami bocznemi w tylnej ścianie pochwy. Pęcherza moczowego nie potrzebowałem odłuszczać, gdyż się sam ku górze odsunął, pozostało mi tylko przecięcie otrzewnej w zatoce pęcherzowo-macicznej. Wiązy szerokie zaopatrzyłem kleszczykami i usunąłem macicę. — Przebieg pooperacyjny gładki.

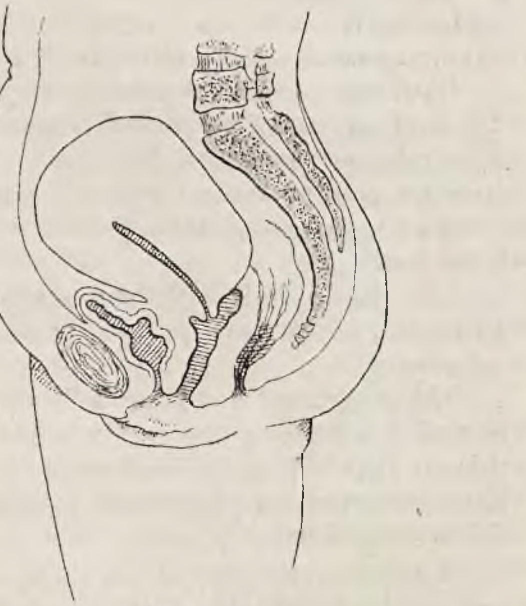


Fig. 1.

Chora poszła do domu w 4 tygodnie po operacyi, pozostawała na klinice nieco dłużej, ponieważ rana w szczycie pochwy ściągała się dość powoli.

W przypadku tym macica, przechowana w rozczynie formaliny, waży 650 gramów, wyłuszczone włókniaki 100 gramów.

VI. *A. H.*, 41 lat licząca, nigdy nie rodziła i nie roniła. — cierpi od lat kilku na guz macicy, który sama nad spojeniem kości łonowych wyczuwa. Guz ten nie sprawiał chorej żadnych poważniejszych dolegliwości, a zgłosiła się do mnie z polecenia lekarza domowego. Rozpoznałem: *Fibroma in fundo corporis uteri* i operacyi nie doradzałem. W ciągu roku, a szczególnie w ostatnich miesiącach, guz się począł szybko powiększać, pacyentka niepokoiła się tem i dlatego tym razem radziłem guz usunąć, na co się zgodziła, wyrażając prośbę, aby go od strony pochwy operować i brzucha nie otwierać.

Przyjęta na klinikę chora okazuje w brzuchu guz, sięgający szczytem do pępka, odpowiadający postacią, umiejscowieniem i ruchomością powiększonej macicy, — zbitości twardej, niepodatny. Wnijście do pochwy otoczone rozciągniętą błoną dziewiczą, pochwa krótka, miernie szeroka. Część pochwowa długa, nizko ustawiona, dziewicza, w tylnem sklepieniu i bocznych czuć dalszy ciąg części pochwowej, stanowiący dolny odcinek guza, położonego w brzuchu. Dolny ten odcinek sięga blizko wychodu miednicy. — Ponieważ przy badaniu miałem uczucie, że guz dałby się do miednicy przez wchód wtłoczyć, postanowiłem operować od strony pochwy i to od tylnego sklepienia.

Stosunki topograficzne uwidocznia szematyczny obok podany rysunek tego przypadku. — Aby sobie stworzyć przystęp w obec wąskiego sromu, wykonałem przedewszystkiem cięcie Schucharda i od-

słoniłem część pochwową. — Operacyę rozpocząłem sposobem Döderleina. Otworzywszy zatokę Douglasa i poprowadziwszy cięcia na boki, połączyłem cięcie poprzeczne po stronie lewej z cięciem podłużnem Schucharda i tym sposobem uzyskałem bardzo wiele miejsca. Doszedłszy do ciała macicy, napotkałem utkanie włókniaka, które zacząłem kawałkować, aby guz ku dołowi ściągnąć. Trudność jednak wśród operacyi stanowiła ta okoliczność, że guz pojemniejszy w szczycie niedawał się zrazu wtłoczyć do wchodu miednicy. Na przypadek ten byłem z góry przygotowany, aby w razie potrzeby do laparotomii przystąpić. Poleciłem asystentowi silniej macicę do wchodu wpychać, poczem się udało przeprowadzić największą objętość guza przez wchód miednicy. Niemogłem wyjść z podziwu z jaką łatwością bez dalszego kawałkowania włókniaka wytoczyć się dała ogromna macica przed części rodne. — Aby sobie zaopatrzenie więzów szerokich ułatwić, przeciąłem teraz dno macicy i jej przednią ścianę. Pęcherz był już odłuszczony; szybko założyłem kleszczyki i guz usunąłem. Wyjęta macica sama po operacyi ważyła 1010 gramów, a nadto kawałki wycięte z włókniaka 150 gramów.



Fig. II.

Fig. II. przedstawia fotografię wyciętych części.

Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Pacyentka w najbliższych dniach wychodzi do domu.

VII. *F. K.*, lat 48, wieloródka. — skarży się na nieregularne krwotoki, trwające od 10 miesięcy, nadto na bardzo znaczne bóle, podobne do porodowych.

Osoba badrzo niedokrewna, — w podbrzuszu guz o powierzchni nierównej, okazujący tu i ówdzie drobne guzowatości wielkości orzecha włoskiego, sięgający na 3 palce nad spojeniem kości łonowych. Część pochwowa bardzo gruba, szyja dla dwu palców drożna. W szyi czuć dolny odcinek guza, wypełniającego macicę, który się daje objęść w około. Guz ten zdaje się wychodzić z dna macicy; wydzielina obfita, wodnista, krwawa. W całości macica wielkości, jak w początku czwartego miesiąca księżycowego ciąży. — Rozpoznano: *Fibromata multiplicia corporis uteri, nec non fibroma submucosum nascens.*

Zabieg operacyjny powierzyłem jednemu z mych asystentów Dr. Bocheńskiemu w mej obecności.

Operacya przebiegała łatwo sposobem Döderleina. Po przecięciu tylnej ściany macicy, wycięto kawałkami część włókniaka podśluzowego, poczem macica dała się ściągnąć przed części rodne. Wyjęta macica ważyła 600 gramów bez kawałków wyciętych.

VIII. *A. W.*, lat 42. wieloródka, skarży się na obfite krwotoki, trwające od 2 miesięcy. Badanie wykazuje macicę w ciele prawidłowych rozmiarów i prawidłowo położoną. Część pochwowa nieco grubsza. Na wardze tylnej od strony prawej guzowata wyniosłość owrzodziała, chropowata, łatwo krwawiąca. Rozpoznano: *Carcinoma labii posterioris portionis vaginalis.*

Operacya przebiegała typowo, tylko zaopatrzenie więzów napotkało na nieznaczne trudności z powodu ich niepodatności; pęcherz moczowy odłuszczył się dobrowolnie. (Dok. nnast).

IV. Z zakładów higieny Prof. Dra Bujwida w Krakowie i Radcy Dworu Prof. Dra M. Grubera w Wiedniu.

O antysputolu

(proszku odkażającym i odwaniającym do spluwaczek).

Podał

Dr. Norbert Gertler w Krakowie.

(Dokończenie).

Antysputol jest proszkiem lekkim, chemicznie i mechanicznie tak zaprawionym, że łatwo wchłania plwociny, usuwa ich nieprzyjemną woń, uniemożliwia zupełnie ich rozkład, zabijając wszelkie zawarte w plwocinach drobnoustroje chorobotwórcze i zapobiega rozwojowi drobnoustrojów*).

W zakładzie dla higieny Prof. Bujwida w Krakowie dokonałem kilkakrotnie całego szeregu doświadczeń nad antysputolem, z których jedną seryę pozwalam sobie przytoczyć:

a) D. 17 Grudnia 1897. Do 1 ctm.^{3} 2% bulionu dodałem 1,0 gr. antysputolu. Po zamięszaniu zaszczepiłem hodowlę gronkowca żółtego, a do drugiej rurki podobnie przygotowanej zaszczepiłem hodowlę błonicy Löfflera. Rurki te po zaszczepieniu wstawiłem do cieplarki na 5 godzin, poczem cząstkę z tych zakażonych mięszanin przeszczepiłem na agar. (Przy przeszczepianiu cząstek z tych rurek zakażonych brałem cząstkę z części płynnej zawartości rurki, dbając o to aby pętlą platynową nie dotknąć wolnej ściany rurki). Mimo przetrzymania ostatnich agarowych rurek w cieplarce przez 24 a nawet przez 48 godzin, nie wyrosła żadna kolonia drobnoustrojów.

b) Dnia 18 Grudnia 1897. Do 10 ctm.^{3} 2% bulionu dodałem 1,0 gr. antysputolu. Po zamięszaniu zaszczepiłem hodowlę cholery azyatyckiej, a do drugiej rurki podobnie przygotowanej hodowlę prątków duru brzusznego. Rurki te po zaszczepieniu wstawiłem do cieplarki na 6 godzin, poczem z każdej rurki przeszczepiłem w podobny sposób cząstkę na agar. Po 24—48 godzinach nie wyrosła żadna kolonia drobnoustrojów.

c) Dnia 19 Grudnia 1897. Do 10 ctm.^{3} 2% bulionu dodałem 1,0. antysputolu i zaszczepiłem po zamięszaniu hodowlę dżumy i paciorkowca. Rurki wstawiłem na 6 godzin do cieplarki, poczem przeszczepiłem cząstki zakażone na agar. Po 24—48 godz. nie wyrosła żadna kolonia drobnoustrojów.

d) Dnia 20 Grudnia 1897. Do 10 ctm.^{3} 2% bulionu dodałem 1,0 antysputolu i po zmięszaniu zaszczepiłem 12—18 godzinną hodowlę (bez zarodników) wąglika. Rurkę zakażoną wstawiłem na 6 godzin do cieplarki, poczem przeszczepiłem cząstkę na agar. Po 24—48 godz. nie wyrosła żadna kolonia.

Z powyższych doświadczeń a, b, c, d, okazało się, że drobnoustroje nietylko się nie rozwinęły mimo, iż zakażone rurki stały przez 5—6 godzin w ciepłocie 37·5°C., do której nawet ciepłota pokojowa prawie nigdy nie dochodzi, ale co więcej, drobnoustroje wymienione, jak. gronkowce, paciorkowce, błonicy, duru brzusznego, dżumy i t. d. zostały zupełnie zniszczone.

e) Próby z plwocinami gruźliczemi: Dnia 8 Stycznia 1898. Do tych badań użyłem plwocin osoby chorej na gruźlicę, u któ-

*) Wyrobu proszku podjęła się firma: G. Hell i Ska w Opawie

rej stwierdzono w obu szczytach jamy gruźlicze. Wstępne badanie drobnowidowe plwocin po zabarwieniu (Ziel-Nelsen) wykazało ogromną ilość prątków gruźliczych Kocha.

I. Próba kontrolna z samą wodą jałową. Do 2,0 ctm.³ tych plwocin gruźliczych dodałem 10,0 ctm.³ wody jałowej. Rurkę postawiłem do cieplarki na 24 godzin. Po otworzeniu rurki na drugi dzień, a zatem po 24 godz., unosiła się z rozkładających plwocin bardzo nieprzyjemna woń, a hodowla na agarze glicerynowym już po 24 godzinach z tej rurki obfitowała w kolonie bakteryj gnilnych tak, że cała powierzchnia była nimi pokrytą.

II. Próba z antysputolem. Do 2,0 ctm.³ wyżej wspomnianych plwocin gruźliczych dodałem 10,0 cmt.³ wody jałowej i 2,0 gr. antysputolu. Po zmięszaniu wstawiłem rurkę do cieplarki na 24 godzin, poczem ją otworzyłem i nietylko nie było tej nieprzyjemnej woni, jak przy próbie Iszej, lecz owszem zapach odpowiadał domięszanemu antysputolowi. Na agarze glicerynowym nie wyrosła żadna kolonia

Chcąc się dowiedzieć, czy antysputol zniszczył doszczętnie prątki gruźlicze, robiłem doświadczenia na morskich świnkach, nadzwyczaj czułych jak wiadomo na prątki gruźlicze.

Do tych doświadczeń przygotowałem dnia 11 Stycznia 1898 dwie mięszanki:

1) plwociny gruźlicze, zmięszane z proszkiem podstawowym, chemicznie wcale niezaprawionym;

2) plwociny gruźlicze zmięszane z antysputolem

Cząstki, wzięte z tych mięszanek, pozostawionych przez 24 godz. w cieplarce, zaszczepiłem dnia 12 Stycznia 1898 r. morskim świnkom w torebki podskórne, utworzone na powłokach brzusznych i następnie otwory zaszyłem. Świnka wagi 345,0, szczepiona mięszaniną pierwszą, niezawierającą antysputolu, padła d. 5 Lutego 1898, a zatem w 24 dniach po szczepieniu, a nadto wychudła bardzo znacznie. Sekcya wykazała obok gruźlicy zakażenie mięszane (gronkowce i paciorkowce). Świnka wagi 355,0, szczepiona mięszaniną drugą, zawierającą antysputol, nie zginęła, nie schudła, lecz owszem przybrała na wadze, a d. 9 Lutego ważyła 380 gr.

Dalsze doświadczenia nad antysputolem były przeprowadzone w Zakładzie higieny Radcy Dworu Profesora Dra Grubera w Wiedniu, pod kontrolą jego i asystenta Docenta Dra Schattenfroha; przytem starałem się głównie, aby stworzyć stosunki takie, jakie w rzeczywistości przy używaniu proszku zachodzić mogą. Przedstawiają się one jak następuje:

W celu użycia żywotnych i świeżych hodowli do doświadczeń, założyłem dnia 7 Listop. 1898 hodowlę agarową gronkowca żółtego, prątków błonicy Loefflera, przecinkowców cholery i prątków duru brzusznego. (ostatnie dwa rodzaje mogą się znajdować w plwocinach po wymiotach), a następnie kazałem przynieść cały słój bardzo typowych plwocin gruźliczych ze szpitala powszechnego wiedeńskiego.

Dnia 8 Listop. t. r. Do 10 płytek Petriego wsypałem proszku (antysputolu) do połowy wysokości płytek. Do 5 miseczek przełożyłem kilka grubych grudek plwocin gruźliczych i zmięszałem je dokładnie z świeżemi wyżej wspomnianemi hodowlami drobnoustrojów. Mieszanie odbywało się w ten sposób, iż dwoma szczypczykami zdjęto z oczka hodowle i rozdzierając plwociny w naczyniach mieszano je z drobnoustrojami.

W ten więc sposób przyrządziłem plwociny gruźlicze, zmięszane z gronkowcami, prątkami błonicy, cholery i duru brzusznego. Do jednego naczyńka dałem plwociny gruźlicze, z niczem nie zmięszane. Płytki Petriego ustawiłem w dwa rzędy i do nich przeniosłem tak przyprawione plwociny. W jednym rzędzie płytek posypałem plwociny proszkiem, a w drugim zostawiłem powierzchnię górną plwocin zupełnie wolną.

Płytki zamknięte wstawiłem do pokoju o ciepłocie 15—16°R. na 24 godz.

Dnia 9 Paźdz. Wejrzenie plwocin nieposypanych antysputolem zmieniło się; przybrały barwę sinawą, zmniejszyły się w całości i pokurczyły, były jak gdyby skrzepłe. Plwociny przykryte proszkiem bardzo zmalały i wyglądały, jak gdyby proszek całkiem je przeniknął. Z każdej płytki wyjąłem jednę grudkę plwocin, rozdzieliłem na dwie połowy i jednej z nich użyłem do dalszych doświadczeń.

Przeniosłem szczypczykami, wypalonemi i w ten sposób wyjałowionemi, połówki grudek do jałowego roztworu fizyologicznego (0,6% chlorku sodowego), wypłókałem je dokładnie, a następnie powtórnie i w drugim roztworze, aby w ten sposób usunąć możliwie dalsze działanie antysputolu na plwociny.

Mimo dwukrotnego płókania plwocin nie udało się w zupełności usunąć wszystkich cząstek proszku. Przeniosłem następnie wypłókane grudki do 2% bulionu i zakłóciłem dokładnie rurkę probierczą. Ponieważ nie udało mi się z powodu zbitości plwocin założyć hodowli rozcieńczonej sposobem zwyczajnym, musiałem osobno małą cząsteczkę plwocin dwukrotnie wypłókać i przenieść do bulionów. Z plwocin nie posypanych proszkiem przeniosłem cząsteczkę z środkowej części grudki wprost oczkiem (oezą) do bulionów.

Tak więc w 20 bulionach były plwociny, na które proszek działał przez 24 godz. a nadto dla kontroli w jednym bulionie większa grudka i w drugim mała cząsteczka plwocin gruźliczych, niczem niezaprawianych. Wszystkie rurki w liczbie 22 wstawiłem do cieplarki o ciepłocie 37.5°C.

Dnia 10 Listop. po 24 godz.: kontrolne buliony zupełnie zmętniały, reszta 20 bulionów zupełnie przeźroczyste, nie ma ani śladu rozwoju drobnoustrojów.

D. 10 Listop. wieczorem po 36 godz.: Stan ten sam.
D. 11 Listop. rano po 48 godz.: »
» » wieczór. po 60 godz.: »
D. 18 » wieczór. po 8 dniach nie było ani śladu rozwoju drobnoustrojów w 20 próbnych bulionach.

Obecnie zależało na rozstrzygnięciu, czy drobnoustroje w plwocinach zostały istotnie zniszczone, lub czy proszek na plwocinie pozostały mimo dwukrotnego płókania nie wpłynął na wstrzymanie wzrostu i rozwoju drobnoustrojów. W tym celu przeniesiono zapomocą oczka cząsteczki z bulionów kontrolnych (z silnym rozwojem drobnoustrojów) do bulionów, zawierających małe cząsteczki plwocin, które przez 8 dni utrzymywały się w stanie jałowym. Już po 12 godzinach było wyraźne zmętnienie. Po 3 dniach można było stwierdzić całe ogniska rozwiniętych drobnoustrojów.

Ostatnie doświadczenie wykazuje niezbicie, że nie można odnosić zachowania się bulionów próbnych przez 8 dni w stanie zupełnie jałowym do tej okoliczności, że wraz z plwociną przeniesiono małe cząsteczki proszku (Antysputolu), lecz że plwociny po 24-godzinnem zadziałaniu proszku odkażającego nie zawierają żadnych drobnoustrojów, zdolnych do dalszego rozwoju.

Zestawiwszy powyższe doświadczenia widzimy:

1) że po zadziałaniu 24-godzinnem antysputolu na plwociny wszelkie drobnoustroje, w nich zawarte, zostały zupełnie i doszczętnie zniszczone, jak gronkowce, prątki błonicy, cholery, duru brzusznego, gruźlicze, ropne i t. d.

2) że jest obojętnem, czy plwociny posypuje się proszkiem, czy powierzchnia górna ich jest zupełnie odsłoniętą.

3) że doświadczenia były dokładnie przeprowadzone, gdyż dwukrotne płókanie plwocin i przeniesienie ich do bulionów, wymagało dość długiego czasu, przez który niejeden drobnoustrój mógł z powietrza paść na plwociny i w ten sposób wywołać zmętnienie bulionów, czego mimo 8-dniowego przetrzymania rurek w cieplarce nie stwierdzono.

W obec powyższych doświadczeń uważam antysputol za środek zdolny do zupełnego wyniszczenia drobnoustrojów

chorobotwórczych w plwocinach, a tem samem do powstrzymania szerzenia się chorób zakaźnych przez plwociny.

Zatem antysputol jest niezbędnym artykułem w każdem mieszkaniu. W tem przeświadczeniu oddaję proszek „antysputol“ do użytku i niezawodnie rychło przekonać się będzie można, o jego zaletach i ważności ze stanowiska higienicznego.

W końcu pozwalam sobie złożyć serdeczne podziękowanie za łaskawe wskazówki przy badaniu Czcigodnemu Panu Prof. Bujwidowi i WPanu Radcy Dworu Prof. Drowi M. Gruberowi, którzy nie szczędzili trudu i czasu, aby się mogli naocznie przekonać o działaniu i skuteczności proszku.

Piśmiennictwo. 1) *a)* Uffelmann: Handbuch der Hygiene Wien-Leipzig 1890. *b)* Gottstein: Epidemiologische Studien über Diphterie und Scharlach. Berlin 1895 *c)* Michaelis: Internation. Revue über die gesammte Armeen u Flotten. Berlin 1889. Bd. 49. *d)* Rahts: Deutsche milit. Zeitschr. 1885. Bd. 14. 2) *a)* Bunzl-Federn: Archiv f. Hyg. 1894. Bd. 20. S. 152. *b)* Abel: Centralblatt f. Bacter. 1893 14. Bd. 756. *c)* Wright u. Emerson: Centralblatt f. Bact 1894 16. Bd. 412. 3) Zeitschrift f Hyg. Bd. 5. 1888. 4) Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegsorten (Zeitschrift f. Hyg. Bd 6. 1892) 5) Archiv de med. experim et d'anat. pathol. Bd. 6. 1894. 6) Why the Sputa of tuberculous patients should be destroyed. The americ. journ. of the med. sciences March 1891 (vide Centrbl. f. Bact. Bd. X. s. 106).

V. Oceny i sprawozdania.

Z powodu oceny dra Biegańskiego, umieszczonej w Nr. 4 Przegl. lek., nadesłał nam dr. Biernacki następujące uwagi:

Szanowny Redaktorze!

Z powodu artykułu dra Wł Biegańskiego, oraz oceny mej pracy: „Zasady poznania lekarskiego,“ umieszczonej w Nr. 4. „Przeglądu lekarskiego“, pozwolę sobie wypowiedzieć kilka uwag.

1. Jeżeli ma być brakiem mej pracy okoliczność, iż nie poruszyłem w niej wielu takich zagadnień, jak np. kwestya „celowości w zjawiskach życia i choroby,“ czy „celowe pojmowanie zjawisk życia jest uzasadnione“ i t. p. to przeciw omawianiu tego rodzaju pytań najwyraźniej zastrzegłem się w przedmowie. Są to kwestye metafizyczne i nie widziałem żadnej potrzeby wprowadzania ich do zakresu mych rozstrząsań. Wiem dobrze, że istnieje dotychczas grupa myślicieli, uważająca metafizykę za „naukę;“ osobiście jednak należę do tych, — takich, zdaje się, obecnie jest już większość, — którzy za F. A. Langem uważają ją za „poezyę myślową“ produkt swoistej, że powiem, gimnastyki umysłowej. Tembardziej niestosownemi wydawały mi się rozważania, jakich wymaga dr. Biegański, iż punktem wyjścia w mych pracach była tak pozytywna okoliczność, jak zadania lekarskie przy łożu chorego.

Z tych to względów nie mogłem zastanawiać się n. p. nad pytaniem, które stara się rozwiązać Sz. recenzent, dlaczego w medycynie istnieją obecnie takie pojęcia przyczynowości, jakie istnieją, a nie inne. Jest to właśnie pytanie niemal „pur sang“ metafizyczne i bardzo pokrewne z pytaniami, dlaczego na świecie istnieją ludzie, dlaczego istnieją takie prawa umysłowości, jakie istnieją, a nie inne i t. p. Najprostsza odpowiedź — dlatego, iż tak chciał... Pan Bóg...

2. Jeżeli ma być brakiem mej pracy „małe uwzględnienie zasad ogólnej teoryi poznania,“ to przedewszystkiem nie zdaję sobie dokładnie sprawy, co Sz. recenzent ma w tym względzie na myśli. Zapewne, — gdybym pisał stosowaną teoryę poznania lekarskiego, to może należałoby mówić o tem, co jest „pewność,“ a co „prawdopodobieństwo“ (przypuszczam, że o te kwestye, u mnie pominięte, chodzi drowi Biegańskiemu), co jest „fakt,“ a co „hipoteza“ i t. p., i ilustrować te pojęcia przykładami z medycyny. Ponieważ jednak, chodziło mi o wyprowadzenie zasad, samodzielnie tkwiących w materyałach lekarskich, — co także podkreślam w przedmowie, — to nie mówię o tem wszystkiem z tej prostej przyczyny, iż rozbiór danych naszej wiedzy nie doprowadzał mnie bardziej bezpośrednio do tego rodzaju pytań.

Wedle zdania Szan. recenzenta, właśnie z powodu zbyt małego uwzględnienia takich pytań ogólnej teoryi poznania, niedostatecznie — pono — wytłómaczyłem obecność przyczyny bez skutku, istnienie różnych skutków wobec jednakowej przyczyny i t. p. Radbym bardzo wiedzieć, jakie wytłómaczenie mogłoby być nazwane w tym względzie „dostatecznem“ i jakby Szan. recenzent uzupełnił odnośne wywody, zajmujące nie jedną stronicę w mej pracy.

3. Jeżeli ma być u mnie „przesadą w rozumowaniu“ okoliczność, iż podstawowe zadanie lekarskie przy łożu chorego ograniczam do poszukiwania i odnajdywania „przyczyny,“ to znowu sam podkreślam (str. 85—87 mej pracy), w jakim zakresie i do jakiej mety takie pojmowanie jest słusznem. Przypuszczam też, że zachodzi tu przeoczenie ze strony dra Biegańskiego — tembardziej, iż uzupełnia on niemal memi własnemi słowy rzekomy brak w tym względzie. A więc uznaję na równi z Szan. recenzentem potrzebę znajomości „gatunków“ chorobowych (nb. gatunków etyologicznych) dla działalności lekarskiej, mianowicie w celach prognozy, profylaktyki i t. p., ale z drugiej strony bynajmniej nie potępiam w czambuł całej współczesnej patologii, jak dojrzał dr. Biegański, głoszę zaś „bankructwo nauki“ tylko w pewnym, bardzo określonym i ograniczonym kierunku. O tem łatwo przekona się każdy uważny czytelnik.

4. Nie przeczę, iż „Zasady poznania lekarskiego“, zarówno jak poprzednie me prace kategoryi „filozoficznej,“ nie czytają się łatwo, „pomimo całej żywości i popularności wykładu.“ Jeśli zaś przyczyną tego ma być fakt, iż „widocznie przystępuję do pisania bez naprzód ułożonego planu,“ to śmiem zwrócić uwagę Szan. kol. Biegańskiego, iż nie wie i nie może on wiedzieć, w jaki sposób przystępuję do pisania mych prac. Może tak jest, jak mniema Sz. recenzent, a może jest inaczej.

Natomiast pozwolę sobie zauważyć, iż wszędzie tam, gdzie autor stara się sięgnąć możebnie głęboko do treści pojęć, gdzie usiłuje udowodnić pewną tezę możebnie licznemi i różnorodnemi przesłankami („przeskakiwanie z tematu na temat“), czytelnik musi poświęcić sporo trudu umysłowego celem opanowania cudzych wywodów. Dr. Biegański wie prawdopodobnie równie dobrze, jak piszący te słowa, że nasz ogół polski, w przeciwstawieniu do angielskiego, a choćby nawet niemieckiego, jeszcze mało lubi, a nawet jeszcze mało umie uważnie czytać prace rozumowane, abstrakcyjne. Na zarzut „chaotyczności“ łatwiej też narazić się u nas, niż gdziekolwiek indziej, nawet przy najstaranniejszym układzie dzieła.

5. Nareszcie, — odnośnie do ostatnich wierszy artykułu dra Biegańskiego, — czyż istotnie współczesnykierunek filozoficzny w medycynie, wzgl. „Zasady poznania lekarskiego“, tylko krytykują i burzą, a nie wprowadzają nic „pozytywnego“? Czyżby Szanowny recenzent był przekonania, iż wyprowadzanie zasad, budowa metodyki, jest w nauce zadaniem mniej wartościowem niż poszukiwanie poszczególnych faktów? Chyba nie zechce mi zaprzeczyć dr. Biegański, iż gdzie jak gdzie, ale w „Zasadach poznania“ starałem się przedewszystkiem budować — ogólne zasady, metodologię przyczynowości, metodykę tak ważnego poznania terapeutycznego i t. d. Zgoda na to, iż w medycynie nie może bezwzględnie panować kierunek „filozoficzny“: bez dopływu nowych materyałów faktycznych nasza nauka zamieniłaby się wkrótce na czystą scholastykę. Ale i nie może być także jedynem zadaniem naukowem tylko pogoń za poszczególnymi faktami, wyłączny kierunek analityczny, jaki panował w medycynie do najnowszych czasów. Do czego doprowadził ten kierunek, przy braku uświadomienia zasad ogólnych, — dr. Biegański żywi przecież jednakowe po-

glądy ze mną. Muszą więc istnieć równolegle oba kierunki, wzajemnie się uzupełniając. Zapewne, leży to w charakterze postępu i rozwoju naukowego, że pewien kierunek w pewnym czasie górę wziąść może.

I jeszcze jedna uwaga, zresztą uboczna. Dr. Biegański w jednem miejscu zaznacza, iż „Istota i granice wiedzy lekarskiej“ — pierwsza ma praca filozoficzna“ — „w szerokich kołach lekarskich nie wywołała dodatniego wrażenia“. Być może w pewnych kołach tak było... Przyczyny tego stanu rzeczy, nie mające, wbrew zdaniu Szan. recenzenta, nic wspólnego z „błędami“ mej pracy i — niestety — wogóle nic wspólnego z nauką, omawiam na innem miejscu.

E. Biernacki.

VI. Wyciągi.

Fehling. **Dzisiejsze stanowisko w sprawie leczenia tyłopołożeń macicy.** (*Deutsche Klinik am Eing. des XX. Jahrhundertes*, 1901, Lieferung 7). Tyłopołożenie macicy należy leczyć, jeżeli jest połączone z dolegliwościami; jeżeli zaś chora niema żadnych dolegliwości i lekarz tylko przypadkowo znajdzie tyłopołożenie, wtedy leczenie wogóle nie jest wskazane. Istnieje dość znaczna liczba przypadków tyłozgięcia u dziewcząt, gdzie jednak potem macica ciężarna się podnosi, nie sprawiając najmniejszych dolegliwości: takich przypadków leczyć niema potrzeby. Wyjątek stanowią według autora przypadki tyłozgięcia w połogu, gdzie często brak jakichkolwiek dolegliwości, a mimoto leczenie jest wskazane. Dlatego też lekarz nie powinien wypuścić położnicy ze swej obserwacyi, dopóki nie przekona się o prawidłowem położeniu macicy.

Po największej części jednak chore szukają porady lekarskiej dla swych dolegliwości i tu naturalnie leczenie jest wskazane. Celem zapobiegnięcia tyłozgięciu lekarz powinien działać przeciw nawykowemu zaparciu żywota z możliwem uniknięciem leków przeczyszczających i często przeciw przewlekłemu przepełnieniu pęcherza u młodych dziewcząt. Skłonność jednak do tyłopołożeń tworzą: błednica, niedokrewność i zołzy, jakoteż przewlekłe przekrwienia, szczególnie z powodu niezadowalnianych podnieceń płciowych, samogwałtu itd. Jeżeli do takich powodów przyłączą się zbytnie natężenia w czasie miesiączki, jak ciężka praca, wycieczki w góry, tańce, jazda na kole i t. d., wtedy sposobność do obrzmienia i przerostu macicy staje się jeszcze większą. (W przypadkach dziewiczego tyłozgięcia, które polegają na wrodzonej krótkości przedniej ściany pochwy, usiłowania zapobiegawcze są bezsilne. Te objawy powtarzają się również dość często w prawidłowym zwrocie płciowym. Ustalone tyłozgięcia przez zrosty zapalne powstają często podczas połogu i niezbyt rzadko z powodu ciężkiej rzeżączki).

Co się zaś tyczy samego leczenia, to nie ten jest zasłużonym ginekologiem, który najwięcej operował tyłopołożeń macicy, lecz ten, który dopiero wtedy przystępuje do operacyi, gdy sumiennie wyczerpał najpierw wszelkie wypróbowane środki, mające na celu wyprostowanie macicy. Dopiero, jeżeli te środki nie odnoszą należytego skutku, należy chwycić się operacyi. Niestety niektórzy operatorowie jeszcze dziś zawiele operują.

Wyprostowanie odbywa się przez pochwę i powłoki brzuszne zapomocą palców i ręki, a w przypadkach uporczywych należy zabiegi prostujące powtarzać przez kilka dni, a nawet tygodni. Bardzo stosownem jest, by chora w początku leczenia rano i wieczór po wypróżnieniu pęcherza leżała przez pół godziny na brzuchu. Mięsienia według metody Thure-Brandta dziś już nie stosujemy. Jeżeli napięcie powłok brzusznych jest zbyt silne, wyprostowujemy macicę w uśpieniu, lub poprzestajemy na zastosowaniu zgłębnika. Rozrywania zrostów w uśpieniu przez powłoki brzuszne lub odbytnicę autor nie poleca. Wbrew nowszym zapatrywaniom jest on zwolennikiem używania krążków, a mianowicie w lżejszych przypadkach krążka Hodgego i krążka ósemkowego Schultzego w przypadkach cięższych. Krążka Thomasa autor zupełnie nie używa; nie utrzymuje on bowiem macicy w prawidłowem położeniu, a silne strzemię tylne wywołuje często odleżynę sklepienia tylnego. By dobrać stosowny krążek, potrzeba cierpliwości ze strony chorej i lekarza. Każda operacya, choćby najprostsza, ma swoje niebezpieczeństwa, a przyszycie macicy jest najniebezpieczniejsze dla późniejszych porodów. Amputacyi części pochwowej, jako zabiegu przygotowawczego, należy zaniechać; utrudnia ona bowiem lub uniemożliwia zupełnie leczenie krążkami. Prócz tego nie wolno zaniedbywać leczenia ogólnego przez odpowiednie odżywienie, ruchy codzienne, regularne wypróżnienia pęcherza i odbytnicy; ważnem tu jest leczenie niedokrewności i niedomogi nerwowej przez stosowne kąpiele, pobyt w górach lub nad morzem, które przez podniesienie stanu ogólnego popierają leczenie miejscowe. W ten sposób osiągnie sumienny ginekolog stałe skutki przez leczenie krążkami w 18—20% przypadków.

Wyprostowanie tyłozgiętej macicy jest jednak przeciwskazane, jeżeli stwierdzimy sprawę zapalną w macicy, jej otoczeniu lub w przydatkach. Wtedy należy leczyć przeciwzapalnie: pijawki, jod, ichtyol i t. d.: leczenie ciężarowe według Freunda, kąpiele ciepłe, słonoborowinowe i t. d. Niekiedy na to leczenie wystarcza kilka tygodni, niekiedy jednak potrzeba szeregu miesięcy, a nawet lat.

Z operacyi zaleca autor skrócenie więzadeł okrągłych i przyszycie macicy do brzucha i pęcherza. Jeżeli macica jest ruchomą, a leczenie krążkami nie odniosło skutku, poleca F. skrócenie więzadeł okrągłych od strony przewodu pachwinowego według Alexandra Adamsa. Nawroty zdarzają się w 5—10% przypadków. O wiele pewniejsze jest skrócenie więzadeł okrągłych przez otwarcie jamy brzusznej. Natomiast jeżeli istnieją zrosty macicy lub jej przydatków z tylną ścianą miednicy, wykonać należy tyłonstalenie macicy Olshausena, operacyę bardzo pewną, po której nawroty należą do rzadkości. Lecz zdarza się w razie ciąży po wentrofiksacyi względnie wiele przypadków poronienia, wczesnego i ciężkiego porodu, a nawet śmierci. Laparotomii unikamy przy wesikofiksacyi, którą dziś robimy tylko przez przednie sklepienie pochwy po otwarciu otrzewnej. Nawroty wynoszą najwyżej 5%, a porody potem rzadko bywają ciężkie. Wogóle F. poleca wentrofiksacyę drogą laparotomii w razie bardzo ciężkich zrostów, szczególnie jeżeli równocześnie zachodzi potrzeba usunięcia jednych lub obydwóch przydatków, i jeżeli u kobiet, które nie rodziły, zeszycie z dołu łączyłoby się ze znacznemi trudnościami. Przyszycie do pęcherza (*vesicofixatio*) wykonuje on wówczas, gdy chodzi głównie o zluźnienie tyłozgiętej macicy, jeżeli poprzedzające porody ułatwiły zdobycie pola operacyjnego i szczególnie przy wikłającem się ciężkiem wypadnięciu, gdzie laparotomia z powodu zwiotczenia powłok brzusznych łatwo wywołuje przepuklinę. Przyszycie macicy ciężarnej uważa autor za nieodpowiednie, a jeżeli nastąpił już zwrot płciowy, wogóle za niedozwolone. Lecz chora niezawsze jest już zdrową, jeżeli położenie macicy zostało unormowane. Z poprawą bowiem położenia znikną prawie zawsze objawy główne, zawisłe od nieprawidłowego położenia, lecz objawy ogólne, odruchowe zaburzenia całego układu nerwowego nie ustaną, jeżeli tyłozgięcie już dłużej trwało. Bo wtedy objawy odruchowe ośrodkowego lub też spółczulnego układu nerwowego są już zakorzenione, i chora, która się właśnie dla tych dolegliwości dała operować, a bynajmniej nie z powodu nieprawidłowego położenia macicy, dozna ciężkiego zawodu, jeżeli oczekiwany skutek nie nastąpi. Zaburzenia nerwowe tem trudniej dadzą się usunąć, jeżeli chora jest neuropatycznie usposobioną. Dlatego według F. wyleczenie po operacyi wynosi 81·5%, lecz po wykluczeniu chorych nerwowych podnosi się ono do 95%. Ten szczegół należy też mieć na względzie przy rokowaniu, i dlatego też należy leczyć tyłopołożenia macicy, skoro tylko wywołują dolegliwości.

Dr. Fels.

Ahlfeld. **Leczenie trzeciego okresu porodowego.** (*Deutsche Klinik am Eing. d. XX Jahrh.* 1901, z. 8). Zdaje się, że z powodu poziomego położenia rodzącej, łożysko tak rzadko odchodzi samoistnie; jeżeliby kobieta usiadła, albo wstała, prawdopodobnie zdarzałoby się to częściej. Lecz osłabienie rodzących stoi próbom tego rodzaju na przeszkodzie. Bezpośrednio po urodzeniu się dziecka najlepiej oznaczyć sobie na łagodnie naciągniętej pępowinie to miejsce, które znajduje się w sromie i z wysuwania się miejsca możemy wnioskować o stopniu wsuwania się łożyska do pochwy. Po urodzeniu się dziecka pozostawiamy położnicę oczyszczoną i osuszoną w spokojnym i pokrzepiającym śnie przez $1\frac{1}{2}$—2 godzin. Obmacywanie brzucha i macicy wcale nie jest potrzebne. Tylko co 5 minut należy zaglądać między uda, czy kobieta nie krwawi bardzo i badać tętno, które obok coraz bledszej twarzy staje się mniejszem i częstszem, zwłaszcza jeżeli jest znaczniejszy krwotok wewnętrzny. Niebezpieczny krwotok wewnętrzny bez równoczesnego zewnętrznego należy zresztą do wielkich rzadkości.

Po upływie $1\frac{1}{2}$—2 godzin wygniata się łożysko z pochwy zabiegiem Credégo, który jednak nie wyciska łożyska z macicy, lecz skurczona i spychana do miednicy macica wygniata je z pochwy. Łożysko i błony bada się w większem naczyniu, napełnionem wodą, gdzie najlepiej można się przekonać, czy kosmówka na brzegach wszędzie jest utrzymana. Jeżeli łożysko zawcześnie wygniecione, należy przynajmniej przez ciągłe mięsienie utrzymać trzon macicy w skurczeniu. Kobieta, u której wygniecenie łożyska nastąpiło po fizyologicznem oddzielaniu około dwie godziny po urodzeniu się dziecka, jest prawie zabezpieczoną od znacznego krwotoku następowego, bo przez ten czas większe naczynia łożyskowe zostały już zaczopowane przez wytworzone skrzepy. Im prędzej jednak łożysko wychodzi po urodzeniu dziecka, tem bardziej kobieta jest narażona

na krwotok następowy. Najważniejszym środkiem przy krwotokach macicznych jest mięsienie macicy i wygniecenie łożyska. Jeżeli dokładnie i dostatecznie stosujemy mięsienie, rzadko przystąpimy do ostatniego środka, t. j. do ręcznego wydobycia łożyska, które dziś w zakładach robi się 5 razy na 1.000 porodów, a w praktyce prowincyonalnej tyleż razy na 100 porodów. *Dr. Fels.*

Aichel. **Oznaczenie połogu podług liczby tętna.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 47). Autor zbija dotychczasowe zapatrywania, że tętno w połogu jest zawsze zwolnione. Jeżeli tętno przekracza oznaczoną przeciętną liczbę, to jest dowodem jakiegoś stanu chorobowego położnicy. Zwolnienie tętna jest skutkiem leżenia, spokoju całego ustroju. Aby módz ocenić, o ile jest i czy jest tętno nieprawidłowo przyspieszone, trzeba wiedzieć przedtem, jakie było tętno przed porodem, gdyż przyspieszenie tętna w połogu może być tylko powrotem do tętna, jakie było w ciąży po chwilowem zwolnieniu, a które u pewnej osoby bywa zawsze w stanie zdrowia. Tylko w tych przypadkach, gdzie tętno przed porodem było także wolne i nagle w połogu się przyspiesza, możemy z tego przyspieszenia tętna na dzień, a nieraz i więcej dni naprzód przewidzieć podniesienie się ciepłoty. Przy tętnie szybkiem, jeżeli z obserwacyi wiemy, że ono jest nieprawidłowem, powinniśmy położnicę nawet niegorączkującą dłużej zatrzymać w łóżku, a z pewnością unikniemy wielu późniejszych schorzeń części rodnych. *P.*

Levai. **Małe rozmiary sutka i jego leczenie.** (*Wiener med. Presse*, 1901, Nr. 46). Za słabo rozwinięty sutek uważa autor taki, którego obwód waha się między 8 a 18 ctm. Przyczyną tego niedostatecznego rozwoju sutka ma być słaby rozwój mięśni klatki piersiowej, zwłaszcza m. piersiowego wielkiego, mały gruczoł sutkowy i niedostateczna ilość tkanki śródgruczołowej, a nadto brak pod skórą podściółki tłuszczowej. Aby usunąć to zboczenie, trzeba zwalczać jego przyczyny: przeto poleca L. gimnastykę mięśni klatki piersiowej, mięsienie samego sutka i forsowne odżywianie, zwłaszcza przetworami białkowatymi: z tych pierwszeństwo daje somatozie, której podaje dziennie 12 do 14 gramów. *P.*

Flockmann. **Podawanie przetworów jajnikowych w celu usunięcia przypadłości, sprowadzonych obustronnem wyjęciem jajników.** (*Wiener klinische Rundschau* 1901, Nr. 47). Wyjęcie jajników obustronne sprowadza u kobiet nawet młodych prócz braku miesiączki liczne, mniej lub więcej ciężkie przypadłości. I tak skarżą się często kobiety te na zawroty głowy, uderzenia krwi do głowy, zaczerwienienie twarzy, obfite poty, czasem na bardzo silny ból głowy i chwilową utratę przytomności; prócz tych przypadłości, często się pojawiających, zawsze występuje utrata popędu płciowego i przygnębienie. Przypadłości te, spowodowane obustronnem wyjęciem jajników, starano się usunąć przez podawanie rozmaitych przetworów jajnikowych. Fl. podawał całymi miesiącami bez żadnej szkody dla ustroju kołaczyki jajnikowe Mercka. W niektórych przypadkach leczenie to nie odnosiło żadnego skutku, przypadków tych było jednak bardzo niewiele; w przeważnej liczbie, jeżeli leczenie to nie usuwało w zupełności cierpień, a było i wyleczonych dosyć, to przynajmniej znacznie je zmniejszało. Autor doradza, aby, o ile się da, w każdym przypadku, gdzie jajniki muszą być wyjęte po obu stronach, zostawić chociaż kawałek tego gruczołu. *P.*

Hauschka: **Przypadek pierwotnej wstępującej gruźlicy narządu płciowego.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 51). Autor opisuje zmiany gruźlicze w macicy u osoby młodej, 29 lat liczącej. Największe zmiany gruźlicze usadowione były w szyjce i trzonie macicy, daleko mniejsze w trąbkach; przypuszcza więc, że pierwotne zmiany wystąpiły w macicy, a potem dopiero gruźlica przeniosła się na trąbki. Obraz makroskopowy przypominał w zupełności zmiany rakowate; pewne rozpoznanie dało dopiero badanie drobnowidowe. Jaką drogą nastąpiło zakażenie, autor wykazać nie może; uważać jednak musi zakażenie za pierwotne, bo nie znalazł żadnych zmian gruźliczych ani w narządach wewnętrznych, ani sąsiednich. Wreszcie jako cechy, przemawiające za zakażeniem pierwotnem, podnosi autor brak miesiączki i zmiany występujące w części pochwowej w formie nacieku, a nie owrzodzenia. *P.*

Foyes: **Przerost sutka prawidłowego i dodatkowego podczas ciąży.** (*Wiener. klin. Wochen.* Nr. 51). Przechodząc zaczerpnięte z piśmiennictwa 36 przypadków przerostu sutka, przytacza autor spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący 18-to letniej pierwiastki, u której w 4-tym miesiącu ciąży doszły sutki do takich rozmiarów, że czyniły ją niezdolną do pracy. Odjęte, ważyły sutki 12½ klg.; prócz przerosłych samych sutków znajdowały się jeszcze gruczoły dodatkowe po nad sutkiem, umieszczone bliżej pachy, wielkości 2 pięści. W zebranych przez autora przypadkach przerost, pomimo leczenia okładami jodowymi, wstrzykiwaniami jodu, mimo podawania tyreoidyny i wyciągów sutkowych, oraz innych wielu sposobów, zupełnie nie ustępował. W niektórych tylko przypadkach przerosłe podczas ciąży sutki, ale nie bardzo znacznie, w połogu wracają do stanu poprzedniego.

Jeżeli przerost jest znaczny, a przytem wzmaga się ogólne wyniszczenie, należy sutek taki zdaniem autora odjąć, bez obawy przerwania ciąży, jak to właśnie miało miejsce w przypadku przytoczonym, gdzie mimo obustronnego odjęcia ciąża została nienaruszoną. *P.*

Cohn. **Wyniki operacyi doszczętnej w przebiegu ostrego i przewlekłego ropienia ucha środkowego.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 53). Stacke podnosi z naciskiem, że operacya doszczętna jest wskazaną tylko w przebiegu przewlekłego ropienia ucha środkowego, w ostrych zaś przypadkach wskazaną jest tylko trepanacya. Zaufal, Gounert, Brieger i Jansen twierdzą, że mogą się zdarzać i ostre przypadki, gdzie będzie wskazaną operacya doszczętna. Whiting poleca w pewnych ostrych przypadkach dołączyć do zwykłej trepanacyi wycięcie kowadełka i ewentualnie młotoczka. Na wskazania, postawione przez Whitinga, niezawsze można się zgodzić. C. przytacza dwa przypadki ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, w których zmuszony był wykonać operacyę doszczętną. Wskazania do doszczętnej operacyi w ostrych przypadkach nie są ściśle określone; łatwiej zdecydować się na doszczętną operacyę w tych przypadkach, gdzie istnieją powikłania ze strony mózgu, szczególnie jeżeli ognisko chorobowe w czaszce znajduje się nad jamą bębenkową. C. opisuje jeden przypadek ropnia w prawym płacie skroniowym mózgu, który powstał w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego; ponieważ wyrostek sutkowy był zdrowy, C. zdecydował się otworzyć ropień od zewnątrz; chory umarł na zapalenie płuc. Co do wyników autora w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego, to nie zawierają one nic nowego. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. A. E. Stein. **Przyczynek do statystyki i operacyi guzów szczęki górnej.** (*Archiv Langenbecka*, 65/2). Praca ta, obejmująca statystyczne zestawienie guzów szczęki górnej w ogólności, zajmuje się głównie wynikiem bezpośrednim i dalszym po całkowitem wypiłowaniu szczęki. Operacyę tę wykonano w klinice Bergmanna w ostatnich 10-ciu latach 47 razy. Do części miękkich najczęściej stosowano metodę Diffenbacha. Bezpośrednia śmiertelność wynosiła 14·8%. „Wyniki trwałe“ dają obraz znacznie smutniejszy. Po wycięciu szczęki, wykonanej z powodu raka, nie żyje obecnie ani jeden chory. Przyczyną śmierci były nawroty nowotworu, zazwyczaj wcześnie, gdyż już po trzech miesiącach pojawiające się. Z przypadków zaś operowanych z powodu mięsaka szczęki żyje jeszcze w dobrym stanie zdrowia 12·5%. Z innych szczegółów, podanych przez autora, zanotować należy, że w klinice Bergmanna operują zawsze w uśpieniu morfinowo-chloroformowem, stale robią przedwstępną tracheotomię i wprowadzają kaniulę tamponującą Halma, a w ostatnim roku z zasady podwiązywali tętnicę dogłowową zewnętrzną i to ze względu na krążenie uboczne w miejscu pomiędzy tętnicą tarczykową górną, a tętnicą językową. *Herman.*

Dr. J. S. Spiridinow. **Dwa przypadki złamania kręgosłupa.** (*Archiv Langenbecka*, 65/2). W pierwszym przypadku skutkiem przygniecenia ciężką belką nastąpiło złamanie trzonu I-ego kręgu lędźwiowego. Rdzeń został zgnieciony. Wystąpiło porażenie obustronne, 29-ego dnia po wypadku chory umarł, a sekcya wykazała jako przyczynę śmierci ogólne zakażenie gnilne. W drugim przypadku chory spadł ze znacznej wysokości i stwierdzono złamanie kręgów: VII-go szyjnego i I-go piersiowego ze znacznym rozstępem odłamków i następowem wgnieceniem rdzenia. I ten chory zmarł 22-go dnia choroby i tu również stwierdzono na sekcyi posocznicę (z odleżyn i dróg moczowych). *Herman.*

Pflüger. **Wstrzykiwania podspojówkowe hetolu (kw. cynamon.).** (*Archiv d'Ophtalm.* 1901, 7). Autor dotychczas używał w przypadkach zaćmień ciałka szklistego, oraz w zapaleniach środkowych i obwodowych naczyniówki, szczególnie przy wysokiem krótkowidztwie, wstrzykiwań soli kuchennej 2: 100; obecnie przeszedł do wstrzykiwań hetolu, który stosuje w rozczynie 1: 100, co dwa dni 4—5 ctm. sześciennych. Ból trwa zaledwie parę minut; należy przez ten czas lekko oko głaskać; opaska jest zbyteczną.

P. używał tych wstrzykiwań w liszaju (*herpes*) rogówki, — przyczem przekonał się, że usuwają bóle, oraz że przyspieszają wessanie; jednakże podaje autor, że nie ograniczał się li tylko do hetolu, ale stosował go obok zwykłej w tych razach terapii. Hetol przyspiesza również gojenie się głębokich wrzodów rogówkowych, a szczególnie wrzodów środkowych. Nie bez wpływu na przebieg cierpienia okazały się wstrzykiwania hetolu w zapaleniu jagodówki, miąższowem zapaleniu rogówki, oraz w surowiczem zapaleniu tęczówki; szczególnie dodatni wpływ wywarły te wstrzykiwania w gru-

źliczem zapaleniu rogówki i jagodówki. Wreszcie zapalenie twardówki wraz z naciekami rogówki było przedmiotem prób autora, gdzie leczenie ogólne było bez skutku, a hetol sam sprowadził znaczną poprawę wzroku przez wywołanie wessania zaćmień rogówkowych. Jednakże są to dopiero pojedyncze przypadki; lek ten należy poddać jeszcze dalszym próbom. *Dr. Brudzewski.*

Trautas. **Leczenie kurzej ślepoty** (*hemeralopia*) **przez podawanie gotowanej lub pieczonej wątroby.** (*Archive d'Ophthalmologie* Nr. 8, 1901). Dwadzieścia cztery przypadki kurzej ślepoty samoistnej, pochodzące z Zakładu sierót w Konstantynopolu, wyleczył T. w kilka dni li tylko przez podawanie wątroby, 3—4 razy mniejwięcej po 200 grm. na jeden raz. T. stosował dla porównania także i sok wyciskany z wątroby (2—3 łyżki dziennie); ale wynik nie był tak widoczny, — leczenie trwało już kilka dni dłużej. T. przypuszcza, że działanie wątroby jest swoiste, a przypuszcza to na tej podstawie, że dla porównania karmił swych chorych bardzo intenzywnie mięsem, nie osięgając jednak żadnego skutku, który dopiero wystąpił po podaniu wątroby. Tak samo nie widział T. skutku żadnego po zastosowaniu ciemnicy w myśl Nettera. Wątroba wywiera bowiem znakomity skutek także w tych razach, gdzie kurza ślepota trwa kilka lat! Podobne działanie opisywał już Partscher, a świeżo Ocfale-Neenahr w badaniach swych historycznych wykrył, że terapia ta stosowaną była jeszcze 1000 lat przed Hippocratesem. *Dr. Brudzewski.*

Gallet et Coppez. **Kostniak olbrzymi zatoki klinowej.** (*Arch. d'Ophth.* 1901, 9). Przypadek ten zasługuje z tego względu na uwagę, że autorowie długi czas przypuszczali nowotwór, wychodzący z kości czołowej. Prócz wysadzenia gałki ku zewnątrz i ku dołowi, oraz lekkich zaburzeń czucia w zakresie n. trójdzielnego (gałęzi I), nie było żadnych objawów; nieco później zjawiło się zapalenie nerwu wzrokowego z zejściem w zanik, a potem dopiero można było wybadać palpacyą w kącie wewnętrznym szpary powiek guz twardy, niebolesny; w kilka lat później zjawiły się bóle w czole i oczodole, bezsenność, jadłowstręt. Przytem w kącie wewnętrznym oczodołu wystąpiła przetoka, 6 ctm. długa, a zgłębnik wykazał jej przebieg prostolinijny i poziomy, przyczem w przełyku nieco po stronie prawej zjawił się guz twardy, w wysokości wyrostka podstawowego. Rozpoznano kostniak zatoki klinowej, oraz zapalenie błony śluzowej, ją wyścielającej.

Wykonano operacyę, która potwierdziła rozpoznanie — przyczem musiano wykonać tracheotomię oraz czasową resekcyę szczęki górnej, by dojść do punktu wyjścia guza. Chory jednakże po operacyi w dni 10 zginął wśród objawów zapalenia błon, mózgowych, a sekcya wykazała, że w istocie zapalenie opon było ropne, punktem wyjścia którego było ropne zapalenie błony śluzowej zatoki. Nie wchodząc w szczegóły operacyi, dość obszernie w całym przebiegu opisanej, podajemy tylko, że przypadków tego rodzaju jest nie wiele, bo autorowie zdołali zaledwo zebrać 12, a z tych tylko 3, które były leczone chirurgicznie; reszta przypadków pochodzi ze zbiorów anatomo-patolog. muzealnych, względnie z opisów sekcyjnych. *Dr. Brudzewski.*

Terrien. **O torbielach tęczówkowych.** (*Arch. d'Ophtalm.* 1901, 10). Opisując operowany przez siebie, oraz zbadany pod drobnowidem przypadek torbiela tęczówkowego, rozpisuje się autor szerzej o torbielach tęczówkowych wogóle, rozróżniając następujące rodzaje torbieli tęczówkowych: 1) torbiele perłowe, 2) skórzakowate, 3) pasorzytnicze, i 4) surowicze. Pierwsze z nich są pochodzenia urazowego, powstają przy ranach rogówki dlatego, że uraz raniący rogówkę wprowadza do tkanki tęczówki drobne kawałki przybłonka, który zaszczepia się w tęczówce i rosnąc dalej tworzy ów guz perłowy. Drugi rodzaj jest pochodzenia najprawdopodobniej z życia płodowego, jak tego dowiódł Rosenzweig, opisując torbiel taki u dziecka trzechmiesięcznego. Torbiele tęczówkowe, utworzone przez pasorzyty, jak bąblowiec lub nitkowiec są rzadkie, jednakże niewątpliwie znane. Wreszcie torbiele surowicze są może najciekawsze ze wszystkich przez swą patogenezę. Fuchs opisał w tęczówce dołki (krypty), które mogą się zasklepić i dać początek torbielowi tęczówki, powstając bądź bez urazu, bądź też jako następstwo jego. Przypadek autora należy właśnie do pierwszej grupy. *Dr. Brudzewski.*

Dr. K. Dorn. **Radiografia w rozpoznawaniu kamieni pęcherzowych.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 62, Z. 1 i 2). Jeżeli tylko nie przedłużymy zbytecznie czasu, przez który chory z kamieniem w pęcherzu wystawiony został na działanie promieni Röntgena, otrzymać możemy wcale wyraźne obrazy nawet wówczas, gdy kamień ten składa się wyłącznie z fosforanów. Czas wystawienia w takich razach zwykle, jak na to już Braatz zwrócił uwagę, powinien wynosić średnio $2^1/_2$ minut. Pomoc radiografii w tem cierpieniu niekiedy może być bardzo pożądaną, np. w przypadkach zwężeń cewki moczowej, znacznego i szczególniejszego przerostu gruczołu krokowego etc. *Herman.*

Prof. E. Hahn. **Nowy sposób „orchidopexis".** (*Crbl. f. Chir.* 1902, Nr. 1). Ściągnięcie, a zwłaszcza utrzymanie jądra, które utkwiło w kanale pachwinowym, w mosznach natrafia na pewne przeszkody. (Niebezpiecznie zaś jest pozostawić jądro w kanale pachwinowym, gdyż w tych warunkach okazuje ono niezwykłą skłonność do zwyrodnienia mięsakowatego. (*Przyp. ref.*) Więc H. podaje nową, przez siebie już z najlepszym skutkiem od r. 1888 stosowaną metodę. Polega ona na tem, że z cięcia ponad jądrem i po uruchomieniu tego ostatniego, narzędziem tępem przebija kanał w odpowiedniej połowie moszen i na końcu tego kanału przecina skórę worka mosznowego na takiej przestrzeni, aby łatwo módz przez rankę wyprowadzić jądro na zewnątrz. Co gdy uskuteczni, paroma szwami rankę tę zmniejsza o tyle, aby jądro nie cofnęło się. Dopiero po 6—7 dniach, kiedy sznurek nasienny zrósł się już z otoczeniem, rozszerza tę dolną rankę napowrót; skórę na brzegach podpreparowuje i w tak wytworzoną jamkę cofa jądro na stałe, zeszywając ostatecznie skórę ponad niem. *Herman.*

Dr. F. Hölscher. **Przyczynek do leczenia rwy kulszowej.** (*Crbl. f. Chir.* 1902, Nr. 2). Zdarzają się uporczywe przypadki tego cierpienia, nie ustępujące mimo stosowania wszystkich znanych wewnętrznych i zewnętrznych, bezkrwawych i krwawych sposobów leczenia. Dla tych przypadków zaleca autor własną metodę, stosowaną przez siebie od lat 10 z jak najlepszem powodzeniem. Cięciem podłużnem odsłania nerw i przykrywa go tamponem, zmaczanym w 5% roczczynie kwasu karbolowego. Tampon ten pozostaje w ranie i na nerwie przez 3 dni. Zwykle po tym czasie wszelkie przypadłości znikają bezpowrotnie. Gdyby jeszcze i po tym czasie chory doznawał pewnych cierpień w chorej kończynie, należy założyć świeży tampon na dalsze 3 dni. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Michaelis. **Kliniczne spostrzeżenia, dotyczące działania aguryny** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1901, Nr. 48). Wiadomo, że diuretyna dość często wywołuje wymioty i inne objawy ujemne w przewodzie pokarmowym. To uboczne działanie diuretyny zależy od znajdującego się w niej kwasu salicylowego; na jedną bowiem część teobrominy sodowej zawiera diuretyna 0,8 części salicylanu sodowego. Wobec tego uzasadnionem jest dążenie badaczy do otrzymania takiego połączenia teobrominy, któreby przy zachowaniu własności moczopędnych nie posiadało ubocznego działania ujemnego. Idąc w tym kierunku, Impens zalecił otrzymaną przez fabrykę Bayera podwójną sól teobrominy sodowej i octanu sodowego. Wobec silnych moczopędnych jej własności Impens nazwał to połączenie aguryną. Jestto proszek bezbarwny, łatwo rozpuszczalny w wodzie, smaku słono-gorzkawego. Aguryna posiada więcej teobrominy, niż diuretyna, na jedną bowiem część teobrominy sodowej zawiera ona 0,4 części octanu sodowego. Ta zawartość w niej octanu sodowego jest wielce pożądaną wobec moczopędnych, aczkolwiek niezbyt silnych własności tej soli. Pierwsze badania kliniczne aguryny przeprowadził Destrée. Również Michaelis stosował ten przetwór w ciągu pół roku w oddziale prof. Littena: żadnego nie stwierdził on działania ubocznego, owszem w 1 przypadku miąższowego zapalenia nerek, w którym w ciągu czterech miesięcy prawie codzień występowały wymioty, po zastosowaniu w ciągu czterech dni aguryny po 3,0 dziennie wymioty wystąpiły tylko raz. Działanie moczopędne następuje zwykle po 2—3 dniach podawania aguryny i znika po upływie doby po zaprzestaniu. Na serce aguryna nie działa wcale: moczopędne jej działanie zależy wyłącznie od podrażnienia nerek. Najlepiej aguryna działa wobec zdrowych nerek, lecz w niektórych przypadkach M. spostrzegał dodatnie jej działanie i w przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek o słabem natężeniu. Najlepszy jednak skutek aguryny stwierdzono w stanach zastoinowych, wywołanych wadami serca, zwłaszcza przy poprzedniem lub jednoczesnem zastosowaniu naparstnicy. Przeciętna dawka 1,0 trzy razy dziennie w proszku; w roczczynie bowiem aguryna rozkłada się pod wpływem kwasu węglowego powietrza i mętnieje wskutek strącania się teobrominy. *Witold Orłowski.*

Rudolf Schmidt. **O działaniu i stosowaniu dioniny w schorzeniach narządu oddechowego.** (*Aerztl. Centr. Ztg.*

Nr. 34, 1901). Nader pomyślne wyniki otrzymał autor podczas epidemii krztuśca przez podawanie dioniny z kreozotalem w kształcie delikatnej zawiesiny, do której dodawał 0·05—0·10 dioniny (odpowiednio do wieku dziecka), rozpuszczonej w zwykłym syrupie (30 grm.). Z tego płynu otrzymywało dziecko co 2—3 godziny jedną łyżeczkę. Nadto stosowano dioninę w tej samej postaci w nieżytach oskrzelowych i zapaleniu płuc u dzieci i starszych. Co się tyczy działania dioniny w krztuścu, okazało się, że ten środek zmniejsza natychmiast częstość napadów kaszlu, a choroba sama przez się trwa o wiele krócej, niż zwykle; to samo odnosi się także do nieżytu oskrzeli i zapalenia płuc. Jakkolwiek wielką część pomyślnego wyniku trzeba kłaść na karb kreozotalu, nie ulega jednak wątpliwości, że dionina, jako znakomity środek łagodzący i kojący, wywiera również skuteczny wpływ. Wobec tego autor twierdzi, że dionina jest tem cenniejszym środkiem, ponieważ posiada kojące własności morfiny bez jej ubocznych szkodliwych działań, — nie upośledza bowiem ani czynności serca, ani odkrztuszania.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. A. Cajazzi. **O skutkach leczniczych hedonalu.** Autor próbował hedonalu w postaci kołaczyków w dawkach od 1—3 grm., na uporczywą bezsenność u pijaków, chorych na padaczkę, stwardnienie tętnic, zapalenie mięśnia sercowego, w różnych stanach obłąkania i w bezsenności nerwowej. Hedonal działał zawsze szybko, czasem lepiej niż sulfonal, albo mięszanina soli bromowych z chloralem. Objawów ubocznych nigdy nie zauważył. *Dr. Flis.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 11 grudnia 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Grzybowski przedstawił przypadek cięcia cesarskiego, wykonanego na oddziale prof. Dra Rosnera. Wieloródka, rodziła pierwszy raz przed trzema laty. Miednica płaska. Pierwszy poród długo trwały, ciężki, ukończony wymóżdżeniem. Obecnie drugi poród. Płód donoszony, dobrze rozwinięty. Do chwili pęknięcia pęcherza płodowego poród postępował prawidłowo. Po odpływie wód płodowych wystąpiły gwałtowne bóle, wśród których pierścień skurczowy doszedł w przeciągu dwóch godzin do wysokości pępka; dolny odcinek macicy nadmiernie rozciągnięty, cienki, bolesny. Główka płodu duża, nieustalona, nad wchodem. Tętno płodu dobre.

Wobec grożącego pęknięcia macicy porzucono zamiar ukończenia porodu drogą prawidłową, a przystąpiono do cięcia cesarskiego. Macicę otwarto poprzecznem cięciem Fritscha, stosując je w tym przypadku umyślnie, w przeświadczeniu, że wobec nadmiernego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy spotkanoby się w razie cięcia podłużnego, które musiałoby w dolnej części iść przez ten rozdęty odcinek, ze znacznym następowym krwotokiem i uzyskanoby gorsze warunki do późniejszego gojenia się rany. Połóg i przebieg pooperacyjny prawidłowe. Pacyentka karmi dobrze rozwinięte i zdrowe dziecko.

W dyskusyi kol. prof. Rosner zwraca uwagę na niezmiernie szybko w tym przypadku postępujące rozciągnięcie dolnego odcinka i usprawiedliwia wybór metody operacyjnej.

Kol. docent Braun uznaje wykonanie takiej operacyi w klinice lub w zakładzie dobrze urządzonym.

Kol. prof. Jordan zwraca uwagę, że w danym przypadku groziło nieuniknione pęknięcie i nadmienia, że widział przypadek rzeczywistego pęknięcia w przeciągu pół godziny. Przy położeniu czaszkowem należy uważać na pierścień skurczowy w przypadkach, w których pierwszy poród trwał długo. Nie zgadza się z kol. doc. Braunem, ażeby cięcie cesarskie wykonywano tylko w zakładach; należy je także w razie wskazania zamiast kraniotomii dla zachowania dziecka robić i w mieszkaniu rodzącej.

III. Kol. prof. Wicherkiewicz przedstawia przyrządy i »etui« własnego pomysłu, służące dla lekarza praktycznego do szybkiego niesienia pomocy choremu w przypadkach okulistycznych.

IV. Kol. prof. Karol Klecki w wykładzie »O cytotoksynach« przedstawił stan nauki w tej materyi, omawiał zastosowania praktyczne wyników otrzymanych przy badaniu cytotoksyn, czy to w medycynie, czy w innych naukach, oraz zastanawiał się nad tem, czego w przyszłości możemy oczekiwać od badań w rzeczonym, zupełnie nowym kierunku.

Kol. Droba zapytuje prelegenta, czy teorya cytotoksyn może mieć znaczenie w leczeniu raka?

Prelegent odpowiada, że co do tego nic nie może powiedzieć, bo odnośnych doświadczeń nie robił.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie wyborcze w dniu 18 grudnia 1901.

I. Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

II. W zastępstwie nieobecnego przewodniczącego Komitetu przedwyborczego kol. prof. Pieniążka, kol. doc. Rosner odczytuje listę kandydatów, proponowanych przez Komitet do zarządu Towarzystwa: na prezesa kol. prof. Kostaneckiego (powtórnie), na wiceprezesa kol. prof. Nowaka, na sekretarza dorocznego kol. Jana Landaua, na redaktora kol. Kwaśnickiego, do Komisyi redakcyjnej kol. prof. Trzebickyego, Jaworskiego, Rosnera i Raczyńskiego; do komisyi skrutacyjnej kol. Mączkę i doc. Łepkowskiego — na delegatów do Towarzystwa lekarzy galicyjskich kol. prof. Gluzińskiego i Marsa.

III. W głosowaniu tajnem wybrano: prezesem kol. prof. Kostaneckiego (jednomyślnie); wiceprezesem kol. prof. Nowaka; sekretarzem dorocznym kol. Jana Landaua; redaktorem kol. Kwaśnickiego (jednomyślnie); do komisyi redakcyjnej wybrano kolegów: Jaworskiego (jednomyślnie), Raczyńskiego (jednomyślnie), Trzebickyego i Rosnera.

Do komisyi skrutacyjnej wybrano jednomyślnie kol. Mączkę i doc. Łepkowskiego; na delegatów do Towarzystwa lekarzy galic. jednomyślnie kol. prof. Gluzińskiego i Marsa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny

Posiedzenie administracyjne w dniu 15 stycznia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnienia pamięci bp. kol. Jakóba Blatteisa, który należał do założycieli Tow. lekar. i uprasza o upoważnienie do wysłania kondolencyi do rodziny zmarłego. Uchwalono.

II. Kol. doc. Rutkowski złożył sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok ubiegły.

III. Kol. Gwiazdomorski złożył sprawozdanie kasowe. Kol. Śliwiński zwraca uwagę na sprawę dyżurów nocnych i zapewnia, że ma ona być załatwiona po myśli Towarzystwa lekarskiego. Po przemówieniu kol. doc. Łepkowskiego, członka Komisyi kontrolującej, udzielono kol. skarbnikowi absolutoryum.

IV. Kol. doc. Raczyński złożył sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Udzielono absolutoryum.

V. Kol. Gliński zdał sprawozdanie ze stanu biblioteki.

VI. Kol. prof. Browicz złożył sprawozdanie Komisyi słownikowej.

VII. Kol. Śliwiński sprawozdanie Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

VIII. Kol. prof. Wachholz sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do Archiwu Virchowa i Hirscha.

IX. Kol. Bielański sprawozdanie Komisyi budowy domu Towarz. lek. W dyskusyi nad tem sprawozdaniem kol. doc. Łepkowski uczynił wniosek, ażeby wobec warunków obecnych zakupić dom, a nie budować. Kol. prof. Ciechanowski zwraca się do Komitetu Towarzystwa, ażeby rozważył, ewentualnie przekazał Komisyi budowy domu następujące wnioski:

1) Komisya zbada z pomocą doradców fachowych, czy chwila obecna nie byłaby stosowną do nabycia domu i wyszuka odpowiednią realność.

2) Komisya przeprowadzi rokowania z Komisyą redakcyjną Przeglądu lekarskiego i z Komitetem Tow. o ulokowanie funduszów.

3) Komisya przeprowadzi rokowania z Izbą lek., jako ewentualnym lokatorem.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne.

Posiedzenie w dniu 1 grudnia 1901.

Obecni: Kol. Baurowicz, Boczar, Borzęcki, Krzyształowicz, Pacyna, Reiss, Schwarz, Sokołowski, Sternbach, Steuermark, Żydłowicz.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia przez sekretarza kol. Reiss, wyraził żądanie, aby w następnych protokołach zamieszczano krótką treść dyskusyi na posiedzeniach, co uchwalono i następnie protokół przyjęto.

Kol. Sokołowski przedstawia pacyenta prywatnego, u którego na podstawie różnych guzkowych wykwitów płaskich w okolicy stawów nadgarstkowych obu rąk po stronie zginaczy rozpoznaje liszaj rumiany płaski (*Lichen ruber planus*). Chorego tego ma w obserwacyi od dwóch tygodni. Kol. Reiss zaznacza, że obszar chorobowy przedstawionego chorego nie należy do typowych, że nie widzi śladu pigmentacyi po znikających guzkach, że ostatecznie dwutygodniowa obserwacya w takich przypadkach jest zbyt krótką i z tych powodów wahałby się w rozpoznaniu liszaja. Kol. Borzęcki podnosi, że obraz chorobowy przywodzi mu na myśl wyprysk guzkowy (*Eczema papulatum*), czemu sprzeciwia się kol. Sokołowski; nie upiera się on przy swojem rozpoznaniu, skłania się jednak ku rozpoznaniu liszaja płaskiego. Po dyskusyi, w której zabierali głos kol. Reiss, Borzęcki, Krzyształowicz i Schwarz postanowiono dla wyjaśnienia sprawy poddać chorego dalszej obserwacyi.

Kol. Reiss przedstawia przypadek choroby Raynauda u 7-tygodniowego dziecka; podaje historyę choroby, przedstawia etyologię samego cierpienia w ogólności i zaznacza, że terapia zastosowana w danym przypadku w postaci ciepłych kąpieli, miesienia kończyn i jednej kropli dziennie rozczynu Fowlera dała nader pomyślny wynik. Dalej przedstawia dwa przypadki słoniowaciny, a mianowicie *Elephantiasis scroti* u mężczyzny w sile wieku i *Elephantiasis cruris dextri c. lupo* u młodej kobiety. W pierwszym przypadku sądzi, że powodem cierpienia może być zmiana w kierunku aplazyi gruczołów pachwinowych. Kol. Żydłowicz twierdzi, że jeżeli u danego chorego była aplazya gruczołów chłonnych od urodzenia, co jest prawdopodobne, dlaczegóżby więc dopiero po całym szeregu lat miała się wytworzyć słoniowacina? Kol. Reiss wyjaśnia, że przez długie lata nie było bodźca do wywołania choroby; skoro jednak przyszło do owrzodzeń na członku, po których mamy znaczne blizny, sprawa chorobowa rozwijać się zaczęła. Kol. Borzęcki podnosi, że u pewnych osobników jest już usposobienie tkanek do przerostu i że w tych przypadkach zakażenie paciorkowcem może być znakomitym punktem wyjścia do wytworzenia się sprawy chorobowej. Kol. Sokołowski biorąc pod uwagę fakt, że w początkowych zwłaszcza okresach słoniowaciny mamy stałe zaczerwienienie skóry i częste podwyższenia ciepłoty, zadaje sobie pytanie, czy więc te objawy nie przemawiają za poprzedzającą różą powrotną? Kol. Schwarz zwraca uwagę, że gdybyśmy w danym przypadku mieli do czynienia z różą, to musiałyby tu być pewne nasilenia i zwolnienia, a tego ani chory nie podaje, ani przy badaniu nie stwierdzono. Kol. Boczar sądzi, że aplazya gruczołów może być tylko częściowym powodem słoniowaciny, boć przecież łatwo może przyjść do zaczopowania samych naczyń chłonnych wytworami zapalnymi, a tem samem odpływ limfy stać się utrudniony, ztąd też i przerost. Kol. Krzyształowicz twierdzi, że w każdym przypadku słoniowaciny można przyjąć zakażenie, które powodując ciągłe drażnienie, jest powodem przerostu tkanek.

Kol. Reiss przedstawia dalej przypadek wyprysku przewlekłego ograniczonego (*Eczema chronicum circumscriptum*), leczonego metodą Spieglera, którą on uważa za nową, kiedy on sam stosował tę metodę w oddziale szpitalnym przed kilkoma laty. Kol. Borzęcki zaznacza, że idzie tu tylko o pewną modyfikacyę metody dawnej, a najmniejsza w tym kierunku zmiana daje już miano nowej metody, podczas gdy wszystkie one są jednako dobre i jednakowo do celu prowadzą. Kol. Żydłowicz podaje, że metodę tę stosował w dwóch przypadkach z wynikiem dodatnim, zawsze jednak trzeba było dwu- i trzechkrotnego jej stosowania. Po oddzieleniu się strupa w danem miejscu okazują się świeże ziarniny, które należy zapędzlować rozczynem lapisu. Kol. Boczar przyznaje tej metodzie doniosłe znaczenie w wypryskach przewlekłych, jednak winna być stosowaną tylko w wyprysku suchym, nigdy w miejscach, gdzie skóra fałduje się, lub gdzie jest znaczniejsza wydzielina i nigdy u dzieci.

Z kolei kol. Borzęcki przedstawia chorego, u którego rozpoznaje łuszczycę powszechną (*psoriasis universalis*). Chory ten zgłosił się do kliniki dermatolog. ze zmianami łuszczycy na łokciach i kolanach, gdzie mu podawano wewnętrznie arsen, zewnętrznie zaś zastosowano maść pirogalusową. Po krótkim czasie choroba zajęła jednostajnie całe ciało, a skóra stała się tak wrażliwą, że znosiła tylko obojętne tłuszcze. Po pigułkach azyatyckich stosowano wstrzykiwanie arsenianu sodowego (50 wstrzyknięć), następnie pigułki z stężonym kwasem karbolowym po 0,2 na dawkę, ale wszystko bezskutecznie. Chory ma zajęte wszystkie gruczoły chłonne i okazuje znaczną czerwoność całej skóry (*Erythroderma, psoriasis rubra*). Ostatecznie możnaby tu przypuścić trzy rodzaje choroby: *Psoriasis universalis rubra*, *Pityriasis rubra Hebrae* i *Dermatitis exfoliativa generalisata subacuta Brocq.*; długa jednak obserwacya skłania go do przyjęcia *Psoriasis universalis*. Kol. Reiss zaznacza, że *Pityriasis rubra Hebrae* prowadzi zawsze do zaniku, a tu skóra jest raczej nacieklá. Kol. Schwarz po dłuższym wywodzie wyklucza możliwość *Pityriasis* i godzi się na *Psoriasis*. Kol. Sternbach wspomina o podobnym przypadku, który przez kilka miesięcy leczył w oddziale szpitalnym i podnosi uporczywość cierpienia. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na ogólny łojotok, którego obraz niczem się nie różni od przedstawionego przypadku. Nie przeczy, że tu pierwotnie mogła być łuszczyca; ta jednak przy forsownem leczeniu ustąpiła, a jej miejsce zajął ogólny łojotok; radzi więc przeprowadzić ścisłe odkażenie skóry, które może wyjaśnić obraz chorobowy w danym przypadku. Kol. Boczar, który od samego początku obserwował chorego, twierdzi, że były tu typowe ogniska łuszczycy, ale był również łojotok na głowie; przyjmuje więc twierdzenie kol. Krzyształowicza. Kol. Żydłowicz radzi w tym przypadku ogólne zastosowanie maści Hebery.

Kol. Baurowicz przedstawia pacyenta ze zmianami liszaja żrącego na błonie śluzowej jamy ust, gardzieli i tchawicy, które sięgają poniżej strun głosowych. Matka chorego umarła na gruźlicę płuc. Choroba zaczęła się przed 5 laty na błonie śluzowej warg; wtedy również wyłuszczono gruczoł podszczękowy po stronie prawej, gdzie dziś na miejscu blizny wytworzył się typowy wilk. Chory obecnie wskutek głębokiego nacieku w okolicy strun głosowych stracił głos, rokowanie jest złe, a leczenie powinno być zapobiegawcze, ale nie drażniące; uwzględnić tu trzeba stan ogólny chorego.

W końcu kol. Reiss przedstawia chorego, demonstrowanego już na poprzedniem posiedzeniu, u którego po zastosowaniu odkażenia skóry stan się znakomicie poprawił; tworzą się jednak jeszcze odosobnione pęcherze tak, że dziś jeszcze pęcherzycy wykluczyć nie można.

Dr. Reiss, prezes. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

* * *

IX. Przyszłość Cirkvenicy.

O trzy godziny drogi (statkiem tylko $1^3/_4$ godziny) na południe od Fiume leży na wybrzeżu kroackiem, oblana modremi falami Adryatyku, cicha, urocza Cirkvenica. Miejscowość ta, o której lat temu kilka mało kto jeszcze wiedział, a gdzie tylko w lecie nieliczni zjeżdżali Węgrzy na kąpiele morskie, obecnie wchodzi w nową fazę, będącą bezwątpienia początkiem świetnego jej rozwoju. Znany zaszczytnie, doświadczony i słusznie ceniony hidroterapeuta, kolega Dr. Ebers otworzył tu świeżo zakład leczniczy pod nazwą „Therapia“ we wspaniałym budynku, wzniesionym z wielkim nakładem przez arcyksięcia Józefa. Wytworne urządzenie zakładu tego, zbudowanego na łagodnym stoku wzgórz otaczających Cirkvenicę, wśród nowo założonego parku, z przecudnym widokiem na morze, nie pozostawia nic do życzenia, a komfortem przewyższa niejedno z renomowanych dziś sanatoryów. Nazwisko zaś kierownika daje rękojmię, że przedsiębiorczy ten, rzutki a energiczny kolega, posiadający głęboką zawodową wiedzę, postawi w krótkim czasie zakład swój między pierwszymi w Europie. Przyczyniają się do

tego też i wyborne warunki miejscowe. Klimat morski, łagodny, prawie taki, jak na włoskiej Riwierze, czyni z Cirkvenicy stacyę klimatyczną zimową, a kąpiele morskie o niezbyt silnych falach, więc nie drażniące układu nerwowego, przewyższają o tyle kąpiele w Abbazyi, że wybrzeże równe i więcej płaskie tworzy w jednem miejscu szeroką plażę piaszczystą, której brak we wszystkich innych miejscowościach, rozsianych na skalistych wybrzeżach Adryatyku. Łazienki obszerniejsze i wygodniejsze, niż w Abbazyi, a przedewszystkiem daleko w morze wysunięte, czynią kąpiel o wiele przyjemniejszą i niewątpliwie skuteczniejszą, niż tam, gdzie wiele nadbrzeżnych wpada strumieni i gdzie nawet na dnie morskiem bije kilka źródeł słodkiej wody. Rozległe i cieniste gaje dębowe i oliwne, znajdujące się tuż poza Cirkvenicą w pięknej dolinie Vinodolu, dostarczą w lecie pożądanego chłodu i cienia, tworząc naturalny park do przechadzek. W zimie zaś słońce, zachodzące tu później, niż w zasłoniętej od zachodu wysokim grzbietem gór Monte Maggiore Abbazyi, pozwala na dłuższe korzystanie z niego na obszernych werandach zakładu. Gdy do tego dodamy ludność słowiańską tak w samej Cirkvenicy, jak i w dalekim od niej promieniu, uczciwą, sympatyczną i bardzo Polakom przychylną, mamy wszystkie dane do sądzenia, że w krótkim stosunkowo czasie stanie się miejscowość ta punktem zbornym Polaków ze wszystkich dzielnic kraju, zwłaszcza teraz, gdy kąpiele niemieckie odstraszają nas i wstręt budzą dzięki rozpanoszonemu tam prusactwu.

W przeciwieństwie do kąpieli morskich północnych ma Cirkvenica i tę wielką zaletę, że pobyt tu można rozłożyć na dwa sezony: letni z kąpielami i zimowy sezon klimatyczny. Wszelkie cierpienia przewlekłe dróg oddechowych, wysięki opłucnowe, początkowe zmiany w szczytach, choroby narządu krążenia i trawienia, neurastenia i hysteria, niedokrewność, błędnica, zołzy, choroby kobiece itd. itd. nadają się do leczenia bądźto pobytem tutaj przez zimę, bądź też do leczenia kąpielami morskiemi lub hidropatyą przy użyciu wody słodkiej lub morskiej. Prócz tego we wzorowo urządzonym zakładzie zaprowadzono wszelkie najnowsze urządzenia do stosowania elektroterapii i mechanoterapii, kąpieli piaskowych, słonecznych i świetlnych pod kierunkiem trzech rutynowanych specyalistów i przy pomocy dobrze wyszkolonej służby polskiej, oraz masażystki umyślnie z ojczyzny masażu, ze Szwecyi, sprowadzonej. Jednem słowem rzadko który zakład zagraniczny rozporządza tylu środkami leczniczymi razem, co zakład Cirkvenicki.

A ponieważ przy tego rodzaju leczeniu połowę niemal kuracyi stanowi codzienne parogodzinne pływanie po morzu i oddychanie powietrzem, przesyconem silnie solą morską, przeto i pod tym względem Cirkvenica, położona nader korzystnie w punkcie niemal środkowym ciekawej pod każdym względem okolicy, przewyższa wiele innych miejscowości, choćby takie Grado lub Šistianę koło Tryestu. Cały archipelag wysp i wysepek w rozległej zatoce Quarnero z rozrzuconymi po nich zabytkami z czasów rzymskich lub weneckich, lub odznaczających się malowniczymi widokami i ciekawą a pobratymczą nam ludnością, dozwala na wielkie urozmaicenie programu wycieczek morskich, które ułatwiają kursujące stale statki pocztowe lub spacerowe. Że wspomnę tylko o Abbazyi lub Fiume z ogromnemi fabrykami i całym interesującym ruchem portowym. W najbliższem niemal sąsiedztwie Cirkvenicy mamy ślicznie położone miasteczko Porto Rè, po słowiańsku Kraljevica. Według podania początek jego datuje się z czasów panowania króla Longobardów Alboina, który założyć tu miał obronny port, zwany przez Rzymian Portus regius. Naprzeciwko Cirkvenicy, oddzielona tylko wązką cieśniną morską, zwaną Canale della Morlacca, leży wyspa Veglia, do której dostać się można z łatwością barką. Liczy ona około 15.000 ludności prawie wyłącznie słowiańskiej, a miasteczka Castelmuschio, Veglia i Malinska zasługują również na zwiedzenie. Pierwsze z nich, rzucone malowniczo niby gniazdo orle na szczycie wysokiej skały nad głęboko w ląd wrzynającą się zatoką, z ruinami starego zamku rodziny Frangipani, która w historyi Kroacyi wybitną swego czasu odgrywała rolę; drugie, będące dziś siedzibą biskupstwa, odznacza się ładną średniowieczną katedrą z paru cennymi obrazami i wcale pokaźną biblioteką; trzecie wreszcie jest punktem wyjścia wycieczek pieszych i konnych w głąb wyspy, odznaczający się bujną i piękną wegetacyą południową. Nieco dalej leży wyspa Cherso, słynąca wybornym gatunkiem uprawianego tu wina, oraz wykopaliskami z czasów rzymskich, z miastem tegoż samego nazwiska i z podupadłem obecnie miasteczkiem Ossero, które niegdyś licząc 20.000 mieszkańców, było jednym z ważniejszych portów republiki weneckiej, po której rządach liczne tu pozostały zabytki. Z dalszych wycieczek nader interesujące są: na wyspę Arbe, do Pola, jedynego portu wojennego Austryi z olbrzymim arsenałem morskim i świetnie zachowaną jedną z największych aren rzymskich, świątynią Augusta i trzema łukami tryumfalnymi, dalej na wyspę Lussin z obu miastami Lussin grande i Lussin piccolo, znanemi stacyami klimatycznemi dla suchotników, oraz jeszcze dalsze do Raguzy, Spalato i Cattaro w Dalmacyi, lub wreszcie do Tryestu i Wenecyi.

Już z tego krótkiego opisu nabierze czytelnik wyobrażenia, jak szczęśliwą była myśl kolegi **Ebersa**, że wybrał właśnie Cirkvenicę dla swego zakładu. Podróż tam jest krótka i niekosztowna, zwłaszcza jeżeli się jedzie przez Węgry; z Krakowa lub Lwowa najlepiej przez Peszt koleją do Fiume, zkąd statkiem dwa razy dziennie dostać się można do Cirkvenicy. Tak to, jak i położenie pod względem klimatycznym znakomite, oraz zakład urządzony z wszelkiemi wygodami i zastosowaniem najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej, przyczynić się powinny do szybkiego rozwoju tej miejscowości, a lekarze i pacyenci Polacy poprą niezawodnie usiłowanie Dra **Ebersa**, któremu należy się wdzięczność, że na ziemi od wieków słowiańskiej, wśród naszych pobratymców, uprzedził jakiegoś Węgra lub Niemca. Życząc koledze Ebersowi, aby nie zawiódł się w swoich planach, lecz owszem jak najobfitsze zbierał plony, kończę szkic niniejszy; niech zakład jego leczniczy wzrasta i rozwija się jak najlepiej.

Dr. Adam Langie.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

b. Zakłady dla obłąkanych.

Liczba łóżek w zakładach krakowskim 115 i kulparkowskim 560 pozostała w r. 1898 ta sama; prócz tego w dwóch zakładach prywatnych było razem 24 łóżek. Przypada zatem jedno łóżko (dla obłąkanych) na 9489 mieszkańców, podczas gdy w całem państwie wypadało jedno łóżko na 1804 mieszkańców (w r. 1897 na 1943 miesz., w r. 1896 na 2116 miesz.) Na 100 obłąkanych było w tym roku w Austryi tylko 56·3% niepomieszczonych w zakładach, zaś u nas znacznie więcej, bo 65·8%. A mimo to oba zakłady nasze, a szczególnie krakowski, tak są przepełnione chorymi, że skoro tylko można (t. j. skoro choć małe następuje uspokojenie chorego, a rodzina życzy go zabrać) wypuszcza się chorego niewyleczonego, by nowonapływającym zrobić miejsce; w ten sposób wypuszczono w Krakowie w r. 1898 aż 40% niewyleczonych. Ale i w zakładzie kulparkowskim przepełnienie jeszcze nigdy nie było tak wielkie jak w roku sprawozdawczym, gdzie w dniu 31 grudnia było na 560

łóżkach 706 chorych. Mimo tego przepełnienia wyniki leczenia są względnie dobre, skoro wyszło wyleczonych około 29% (z obu zakładów). Najlepsze wyniki dawało obłąkanie ostre (*amentia*). Pozostawał przeciętnie jeden chory w Kulparkowie 173 dni, w krakowskim zakładzie 103 dni, wszyscy chorzy zaś w Kulparkowie 251.580 dni (kosztem 197,915 złr.), a w krakowskim zakładzie 47.500 dni (kosztem 36.920 złr.).

c. Zakłady położnicze.

Wybudowany w r. 1895 nowy zakład położniczy we Lwowie miał w r. 1898 jeszcze 100 łóżek na oddziale położniczym, a 40 na ginekologicznym, gdyż klinika położniczo-ginekologiczna otwartą została dopiero w r. 1899 i wtedy dopiero podzielono cały zakład. Toteż miejsca było poddostatkiem, a na owych 100 łóżkach na oddziale położniczym było przeciętnie 55·36 matek.

Inaczej w Krakowie gdzie na oddziale położniczym, połączonym ze szkołą położnych, było przeciętnie na 30 łóżkach 42·25 matek, to znaczy, że jest tam stałe przepełnienie zakładu o 25% normalnej ilości łóżek! A trzeba zważyć, że pomieszczenie zakładu jest możliwie najgorsze, w ciasnych, sklepionych a nizkich celkach z małemi okienkami i brakiem zupełnym wentylacyi i. t. d.

Następne bardzo krótkie ustępy, a mianowicie: d) zdrojowiska e) domy zaopatrzenia f) zakłady dla sierot g) domy (fundusze) dla ubogich, h) podrzutki i zakłady dla nich, pomijamy tem więcej, że wobec ich lakoniczności nie można z nich wysnuć wniosków donioślejszych.

III. Ułomni niepomieszczeni w zakładach.

a). Z końcem r. 1898 wykazano w Galicyi 2591 obłąkanych niepomieszczonych w zakładzie dla obłąkanych. Z tych 151 było w zakładach zaopatrzenia, zaś 2536 w opiece domowej (?). Na 100,000 mieszkańców przypada w Galicyi 36 obłąkanych, w całem państwie 74; wypadałoby ztąd, że w Galicyi znacznie mniej osób zapada na choroby umysłowe, o ile liczby wykazane są prawdziwe.

b). Matołków wykazano w Galicyi w r. 1898 3787 tj. o 167 więcej niż w r. 1897. Na 100,000 mieszkańców wypada przeto 57, w całem państwie 73 matołków.

c). Głuchoniemych wykazano 10,687 tj. 161 na 100,000 mieszkańców. Największa liczba tych nieszczęśliwych ma cierpieć już od urodzenia (86%) co wydaje się bardzo nieprawdopodobnem; raczej przypuścić należy, że nabyli tego cierpienia w niemowlęctwie, zwłaszcza po chorobach zakaźnych. Zadziwiającym jest fakt, że w 6 powiatach, stanowiących jeden kompleks (Grybów, N. Sącz, N. Targ, Limanowa, Brzesko i Gorlice) wrodzona głuchoniemota i matolectwo jest prawie endemiczne.

d). Ciemnych wykazano 4866 tj. 73 na 100,000 mieszkańców (w całem państwie zaś 61). Z tych było ciemnych od urodzenia 23·9%, reszta a więc 76% wskutek różnych chorób.

e). Nałogowych pijaków wykazano 5.843, tj. 2·5‰ ludności. O ile liczba ta jest prawdziwa, trudno sprawdzić; ośmielamy się jednak wyrazić obawę, czy nie jest ona o wiele za niską. Ciekawym jest fakt, że rubryki tej o nałogowych pijakach nie znajdujemy wcale w publikacyach centralnej komisyi statystycznej p. t. *Statistik des Sanitätswesens*, na której wzorowane są sprawozdania krajowe. Zdaje się więc, że tylko galicyjska Rada zdrowia utrzymuje słusznie tę ważną rubrykę w swych sprawozdaniach.

IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

a). Szczepienie.

Sprawa to ważna, jeśli uwzględnimy, że kiedy we wszystkich innych krajach monarchii (prócz Bukowiny), zmarło na ospę w r. 1897 tylko 88 osób, to w Galicyi samej zmarło osób 618 (na Bukowinie 202). Toteż chcieliśmy przez porównanie dat z lat kilku dokładniej rzecz zbadać. Brak nam jednak liczb, na którychby można polegać. Pomijamy tę okoliczność, że szczepienie wielu dzieci nie dochodzi wcale do wiadomości władz, bo władze (zdaje się) podają tylko liczby wykazane przez lekarzy, wydelegowanych do szczepienia. Ale i te liczby nasuwają poważne wątpliwości. I tak w Sprawozdaniu za r. 1894 i 1895 podano liczby dzieci obowiązanych do szczepienia, szczepionych, rewakcynowanych i t. p. zupełnie inne; zaś w tablicy „Szczepienie ospy 1873—1896“ na str. XLIV Sprawozdania z r. 1896 podano za te same lata znowu liczby zupełnie inne, różniące się od tamtych nie o dziesiątki lub setki, lecz dziesiątki tysięcy (np. rewakcynowanych jest w Sprawozdaniu z 1894 r. 59,747, a za ten sam rok w tablicy wyżej podanej 142.209). Któreż teraz liczby są prawdziwe? Ograniczamy się więc do zaznaczenia, że według Sprawozdania z r. 1898 pozostało z zeszłego roku dzieci nieszczepionych 29,130; w r. 1898 przybyło 300,651 (na str. 5 zaś podano liczbę dzieci urodzonych w r. 1898 na 303,066) zmarło 33,406, zmieniło miejsce pobytu 7,226, pozostało więc dzieci obowiązanych do szczepienia 289,149. Z tego zaszczepiono 263,106 i to 89·5% z dodatnim, 3·5% z ujemnym, a 6·9% z nieznanym wynikiem. Pozostało nieszczepionych 26,043 dzieci, najwięcej we Lwowie 32·8%(!). Rewakcynowano 221,471 dzieci (76·2% z wynikiem dodatnim). Prócz tego zaszczepiono 11,094 dzieci szkolnych, a przy szczepieniu z „konieczności“ 11,502 dzieci. Czy liczby te wliczone już były w liczbę ogólną (263,106) ze Sprawozdania wywnioskować nie można. Koszta szczepienia wynosiły w całym kraju kwotę 68,046 złr.

W roku	Było w Galicyi: Doktorów medycyny	Było w Galicyi: Magistrów i patronów chirurgii	Było w Galicyi: Razem lekarzy	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w Galicyi	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w całej monarchii	Na posadach rządowych, autonomicznych lub prywatnych było lekarzy	Bez posad było lekarzy	Weterynarzy było	Położnych było	Aptek było
1873	386	365	751	7214	?	329	422	26	893	188
1894	910	168	1078	6130	2932	595	463	139	1590	254
1895	965	161	1126	5881	?	663	463	150	1699	254
1896	1070	167(?)	1226	5390	2605	712	519	176	1761	254
1897	1133	144	1277	5133	2497	721	556	184	1887	256
1898	1154	135	1289	5085	2408	751	538	208	1933	259*)

*) i 6 sezonowych, zimą zwijanych.

b) Zakładów produkcyi krowianki jest w Galicyi cztery (jak od kilku lat), a mianowicie prof. Kubickiego (którego sposób produkcyi Sprawozdanie nieco szerzej opisuje), prof. Barańskiego i weterynarza P. Kretowicza; te trzy we Lwowie, i chirurga Freysingera w Lisku. Każdy z tych zakładów wyprodukował przeszło 100,000 porcyi krowianki użytej głównie dla szczepienia publicznego.

V. Służba zdrowia.

Daleko kiócej, a dość dokładnie pouczyć nas może o rozwoju służby zdrowia w Galicyi tablica, którą piszący te słowa zestawił z kilku sprawozdań lat ostatnich.

Z powyższego zestawienia przekonamy się o niewątpliwym, choć powolnym postępie naszego kraju na tem polu. Tablica ta jednak, zarówno jak i odpowiedni rozdział sprawozdania, nie daje nam zupełnego obrazu rozwoju służby zdrowia w Galicyi. Od dwóch lat bowiem wzbogacono sprawozdania Rady zdrowia cennym nowym działem p. t. „Publiczna ochrona zdrowia", obejmującym 14 rozdziałów, z których VII (Instytucye i zakłady lecznicze i humanitarne) i XIII (Gminna służba zdrowia) omawiają dodatkowo z nieco innej strony sprawy raz już wyżej omawiane; tam więc znajdziemy nowe szczegóły dotyczące tych samych przedmiotów. O ile ten cały nowododany dział uważamy za nabytek cenny i pożądany, o tyle zdaje nam się, że powracanie w nim do spraw już raz omawianych, jakie wskazaliśmy wyżej, utrudnia oryentowanie się w Sprawozdaniu. Przecież można te sprawy raz gruntownie i wyczerpująco omówić, zamiast rozdzielać szczegóły jednego i tego samego rozdziału, noszącego nawet ten sam tytuł, na dwa osobne ustępy w różnych miejscach książki. (c. d. n.).

Komitet jubileuszowej wystawy Towarzystwa politechnicznego we Lwowie wystosował do krakowskiego Towarzystwa następujące pismo:

»Celem upamiętnienia jubileuszu 25-letniego istnienia Towarz. politechnicznego urządzona będzie we Lwowie w czasie od 17 maja do 30 czerwca 1902 r. wystawa, złożona z trzech działów, a mianowicie:

a) z wystawy wynalazków polskich;

b) z wystawy prac członków Towarzystwa politechnicznego;

c) z wystawy krajowego przemysłu artystycznego.

Zadaniem pierwszego działu wystawy jest zebranie wszystkich wynalazków polskich z dziedziny techniki i przemysłu, by tą drogą policzyć własne siły na polu wynalazków, zaznajomić z nimi społeczeństwo i przyczynić się do ich rozpowszechnienia.

Komitet wykonawczy, któremu powierzono przeprowadzenie wystawy, ma za zadanie zaprosić wszystkich polskich wynalazców do wzięcia udziału w wystawie.

Ponieważ zebranie nazwisk wynalazców z rozmaitych gałęzi wiedzy i przemysłu jest dla Komitetu nadzwyczaj trudne, dalej ponieważ wzięcie udziału w wystawie będzie dla wynalazców korzystne, przeto zwracamy się do Szanownego Towarzystwa z prośbą o poparcie przez zachęcenie swych członków wynalazców do wzięcia udziału w wystawie, a zarazem celem ich zaproszenia o łaskawe zakomunikowanie Komitetowi ich adresów.

Przesyłając w załączeniu program wystawy wynalazków polskich, upraszamy ponownie o poparcie naszych usiłowań i kreślimy się z poważaniem Komitet jubileuszowej wystawy Towarzystwa politechnicznego we Lwowie.

Syroczyński, zast. prezesa. *Epler,* dyrektor. *Świeżawski,* sekretarz.

Dokładniejszy regulamin i program Wystawy znajduje się u Sekretarza Tow. lek krak.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30 stycznia.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll. Landau i Borzęcki przedstawili chorych; koll.: Kryński, Ciechanowski i Gliński demonstrowali preparaty; kol. Maziarski miał wykład p. t. »Element przewodzący w układzie nerwowym środkowym i obwodowym.«

Członkiem czynnym Towarzystwa wybrany został dr. Tadeusz Żeleński.

* Prezydyum Rady m. Krakowa rozpisało konkurs na posadę fizyka miejskiego. Urząd naczelnego lekarza naszego miasta ma dziś wielce doniosłe znaczenie i obywatelstwo krakowskie przywiązuje słusznie wielką wagę do obsady tego stanowiska. Uzdrowotnienie Krakowa w epoce przedwodociągowej było prostem złudzeniem; natomiast dziś, gdy miasto nasze posiada nie tylko wodę zdrową, lecz i o tyle obfitą, że może jej użyć do spłókiwania ulic, podworców i t. d., a uzupełnienie sieci kanałów jest nierozdzielnie związane z istnieniem wodociągów, stanowisko fizyka miejskiego stało się wdzięcznem dla niego samego, a wielkiej doniosłości pod względem zdrowotnym i ekonomicznym dla obywateli Krakowa.

Rzecz więc prosta, że wobec rozległych zadań, nierozdzielnie złączonych ze stanowiskiem fizyka m. Krakowa, rozpisanie konkursu w najszerszych granicach było jedynie właściwem. To pojęcie »obszernego konkursu« Prezydyum Rady miejskiej ścieśniło w wysokim stopniu przez wstawienie do warunków konkursu »nieprzekroczony 40-ty rok życia.« Jeśli się uwzględni ten warunek wraz z wymaganiem dowodów złożonego egzaminu fizykackiego, bez zastrzeżenia, że kandydatom, nie posiadającym tej kwalifikacyi, nada się posada prowizorycznie, o ile zobowiążą się złożyć ten egzamin w ciągu pierwszego roku, to z liczby tych, o których słyszeliśmy, że zamierzali wnieść podanie, żaden prawie nie posiada wymaganych kwalifikacyj. Jeśli Prezydyum Rady miasta życzy sobie zapobiedz, ażeby to ważne mianowanie nie odbyło się wśród okoliczności przymusowych, jeśli mu zależy na tem, ażeby wybór padł na człowieka o szerszym zakresie doświadczenia życiowego i zawodowego, to powinno znieść w rozpisanym konkursie warunek »nie przekroczonych lat 40 życia«, a tem samem naprawdę dopuścić szersze koło do spółubiegania się; wszak przy ostatecznym rozstrzygnięciu konkursu zawsze władzy przysługuje prawo wyłączenia kandydata, będącego w wieku nieodpowiednim.

Prezydyum Rady miejskiej może wziąść przykład z Wydziału krajowego, który w rozpisywaniu konkursów na posady lekarzy okręgowych również kładł ten warunek »nie przekroczony 40 rok życia«, a dzięki zabiegom Izby lekarskiej odstąpił od niego z nie małą korzyścią dla siebie i instytucyi lekarzy okręgowych.

* We Lwowie powstało nowe czasopismo, poświęcone higienie, p. t. »Przegląd higieniczny«, organ »Towarzystwa przyjaciół zdrowia«.

Dobroczynnemu wpływowi uchwał IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawdzięczyć należy wskrzeszenie organizacyj higienicznych w Galicyi. Przypatrując się bez uprzedzenia biegowi życia społecznego u nas wyznać należy, że może powolniej niż gdzieindziej, lecz wielka sprawa odrodzenia naszego narodu we wszystkich kierunkach, a więc i w zakresie zdrowia, postępuje naprzód; dziś więc liczyć możemy na to, że towarzystwa higieniczne w Galicyi znajdą trwalszą w społeczeństwie podwalinę, niż to miało miejsce przed laty.

Przegląd higieniczny jest organem »Towarzystwa przyjaciół zdrowia«. Prezesem tego Towarzystwa jest Radca dr. J. Merunowicz; zastępcami prezesa: prof. Bądzyński i prof. Szpilman, sekretarzem dr. E. Piasecki; redaktorem naczelnym Przeglądu higienicznego prof. Szpilman (Ul. Kochanowskiego, 33). Komitet redakcyjny tworzy Wydział »Towarzystwa przyjaciół zdrowia« z prezesem drem Merunowiczem; administracyę pisma prowadzi dr. Legeżyński (ul. Koralnicka, 4); przedpłatę przyjmuje skarbnik p. Sklepiński. (Rynek, Apteka centralna).

Przegląd higieniczny wychodzi w połowie każdego miesiąca. Członkowie »Tow. przyjaciół zdrowia«, opłacający jednorazowo wpisowe *2 korony* i rocznie *4 korony,* dostają go bezpłatnie; dla nie należących do »Tow. p. z.« przedpłata wynosi *4 korony* rocznie.

Ogół lekarski, który pismem, słowem, a szczególnie uchwałami i rezolucyami na kongresach tak wybitnie podnosi znaczenie higieny dla pomyślnego rozwoju społeczeństwa, dziś ma obszerne pole do zaświecenia czynem i przykładem: wierzymy szczerze, że ogół lekarski poprze usiłowania »Tow. przyj. zdrowia« i nie tylko gromadnie wpisze się do jego składu, lecz i zachęci w zakresie swoich stosunków do należenia obywateli innych zawodów.

»Towarzystwu przyjaciół zdrowia« i jego organowi szczerze życzymy, by z chlubą dla siebie a pożytkiem dla społeczeństwa spełniło swe szlachetne zadanie.

* Dowiadujemy się, z zarządu Krak. ochotn. Towarzystwa ratunkowego, że Wydział tego Tow. na posiedzeniu odbytem w dniu 26 stycznia 1902 r. postanowił utworzyć cztery posady stałych lekarzy, kierowników pogotowia i obsadzić je na drodze konkursu. Do posad tych przywiązana jest płaca po 100 koron miesięcznie.

Podania bez stempla, z oznaczeniem daty dyplomu doktorskiego, obecnego zajęcia lub urzędowania, jakoteż okresu czasu, w którym podający się o jedną z tych posad pełnił już służbę na Stacyi ratunkowej jako ochotnik, należy wnosić na ręce sekretarza Towarzystwa ratunkowego Dra Michała Śliwińskiego, który też udziela bliższych informacyj codziennie między godz. 2 a 4-tą po południu w mieszkaniu swojem przy ulicy Mikołajskiej pod l. 4, II p.

Konkurs trwać będzie do 15 lutego b. r., a posady nadane zostaną od 1 marca b. r., początkowo na czas nieograniczony z dwutygodniowem wypowiedzeniem.

Zamianowaniem lekarzy kierownikami pogotowia ratunkowego rozwiązał Wydział Towarzystwa ratunkowego kwestyę lekarskiego dyżuru nocnego, który tak koniecznie potrzebnym okazuje się w naszem mieście. Projekt połączenia dyżurów nocnych ze służbą pogotowia, mającą się pełnić przez lekarzy, podał i odpowiednie regulaminy ułożył Dr. Śliwiński.

Prezes Tow. rat. Prof. Wicherkiewicz, chcąc umożliwić Towarzystwu wynagradzanie także i uczniów Wydziału lekarskiego za pełnienie obowiązków Pogotowia ratunkowego, złożył na ten cel jednorazowo 1000 koron do rąk podskarbiego Towarzystwa.

* W Wiedniu odbyła się narada dziekanów nad nową ustawą rygorozalną. Należy przypuszczać, że wynikiem tej narady będzie zmiana w ustawie, mianowicie że termina rygorozów nie będą tak ściśle zobowiązywać kandydatów, a również zmodyfikowany będzie jeden paragraf, dotyczący płacy za egzamina.

* W II-gim tygodniu styczniowym panowała *ospa* w Galicyi w powiecie gorlickim (1 gmina) i turczańskim (3 gminy). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: dąbrowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), nadworniańskim (4 gm.), mieleckim (1 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.).

* Błędy druku. W artykule dra Orłowskiego. w Nr. 2. »Przeglądu lekarskiego«, str. 20, szpalta I, wiersz 19 i następne z dołu: Zamiast: »Podobne zachowanie się alkaliczności krwi spostrzega się chociaż nie we wszystkich stanach chorobowych, w cukrzycy, mocznicy i raku rozmaitych narządów. Z badań naszych na chorych, cierpiących na te zaburzenia wynika, że w charłactwie rakowem, cukrzycowem i mocznicowem . . . .« ma być: Podobne zachowanie się alkaliczności krwi spostrzega się jednak nie we wszystkich stanach chorobowych. W samej rzeczy, jak wykazałem w jednej z poprzednich prac (Przegląd lekarski, 1901, Nr. 30; patrz tablicę), w charłactwie rakowem, cukrzycowem, i mocznicowem . . . .

Nr. 3, str. 35, szpalta II, wiersz 2 z dołu zamiast 8 ma być 7.

Mianowania i odznaczenia. Prof. pedyatryi w Gracu, dr. Escherich, otrzymał już nominacyę na prof. tegoż przedmiotu w Wiedniu, w miejsce zmarłego Widerhofera.

Nekrologia. Zmarli: prof. Hugo Ziemssen zmarł w Monachium. Prof. Pascuets w Barcelonie. Prof. Sweetnam w Toronto.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Szpilman: Uwagi o ekonomicznem znaczeniu higieny kraju naszego. Aleksandrowicz: Wodociąg lwowski.

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Zanietowski: O woltalizacyi w świetle najnowszych poglądów i doświadczeń własnych. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 2. Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych. Higier: W sprawie zaburzeń połowydzielniczych w »poliomyelitis anterior i posterior« (dok.).

— *Medycyna* Nr. 4 Cohn: Przyczynek do leczenia miesiączkowania błoniastego za pomocą metody Gramatikati. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau). (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4. Chlumský: O léčeni infikovaných ran a septických processů kysolinou karbolovou. Výmola: Přispěvek ku therapii akutnich zánětů ušnich. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 6. Levi: O surowicy Trunečka. Blumenthal: Ruch przeciwgruźliczy we Francyi i w Belgii. — Nr. 7. Launois, Camus i Pagniez: Substancye hemolityczne w zastosowaniu klinicznem. Adamkiewicz: Cztery przypadki raka przełyku wyleczono kankroiną.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 3. Salomon: Przyczynek do organoterapii stolców tłuszczowych przy schorzeniu trzustki. Friedländer: Sposób przenoszenia się zarazka kiłowego. Pick: Łuszczyca a cukrzyca. Gebhard: Prawidła uzupełniające opiekę nad chorymi piersiowymi przez umieszczanie ich w zakładach. Ruhemann: Prosta metoda do natychmiastowego ilościowego oznaczania kwasu moczowego w moczu. (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 3. Romberg: Dalsze przyczynki do serodyagnostyki gruźlicy. Vogl: Umiejętna hidroterapia a »leczenie wodą«. Perutz: Przyczynek do leczenia ciężkiej niedokrewności pochodzenia żołądkowo-jelitowego. Cramer: O szczególnym swoistym stanie moczu podczas drgawek i mocznicy. Kuhn: O związku zachodzącym między moczówką prostą a cukrzycą. Brauser: Zakażenie krwi a amputacya. Doerfler: Amputacya a zakażenie krwi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Żupnik: O miejscu zadziałania jadu tężcowego. Krzyszkowski: Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty. Fibich: Przyczynek doświadczalny do teoryi wpływu złamań kości na krążenie krwi i ciepłotę. Diwald: Postrzał dziurawiący czaszkę ze zmiażdżeniem mózgu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4. Lépine: Przyczynek do nauki o glykolyzie. Westphal: O pląsawicy przewlekłej postępowej Otto: Przypadek hemoglobinuryi zimniczej przy czwartaczce, nabytej pod naszym stopniem szerokości geograficznej. Kolle i Martini: O dżumie (dok.). Rosin i Bibergeil: Wyniki barwienia krwi żywej (dok.). Friedmann: Ocenienie wartości pokarmu niewieściego podług jego obrazu drobnowidowego.

Redakcya otrzymała. C. Beck: 1) Some new points in regard to Raynaud's disease. 2) Die Operation der Hypospadie. 3) On a case of sarcoma treated by the Röntgen rays. 4) Modern aspects of congenital osseous malformations. 5) Der Fall des Präsidenten Mc-Kinley. 6) On the differentiation between inflamatory processes and neoplasms of the bones by the Röntgen rays. 7) A case of double penis, combined with exstrophy of the bladder and showing four ureteral orifices.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Bier mówić będzie „O organizacyi desinfekcyi w większych miastach“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**